

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO CIÊNCIAS DA SAÚDE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

BRUNA VEIGA DE MORAES

**AS TENDÊNCIAS TEÓRICO-POLÍTICAS DO SERVIÇO SOCIAL
EM RELAÇÃO AO SUS NOS CURSOS DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL**

FLORIANÓPOLIS
2017

BRUNA VEIGA DE MORAES

**AS TENDÊNCIAS TEÓRICO-POLÍTICAS DO SERVIÇO SOCIAL
EM RELAÇÃO AO SUS NOS CURSOS DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), como requisito parcial para obtenção do título especialista em saúde da família.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Tânia Regina Krüger

FLORIANÓPOLIS

2017

BRUNA VEIGA DE MORAES

**AS TENDÊNCIAS TEÓRICO-POLÍTICAS DO SERVIÇO SOCIAL
EM RELAÇÃO AO SUS NOS CURSOS DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), como requisito parcial para obtenção do título especialista em saúde da família.

Aprovada em: _____

BANCA EXAMINADORA:

Profª. Dra. Tânia Regina Krüger
Universidade Federal de Santa Catarina (Orientadora)

Profª. Dra. Keli Regina Dal Prá
Universidade Federal de Santa Catarina

Profª. Dra. Maria Regina D'Avila Moreira
Universidade Federal de Santa Catarina

Assistente Social Esp. Vileide Sabrina Euzébio
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

AGRADECIMENTOS

Este trabalho e todo o aprendizado dos últimos anos no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família não seria possível sem o SUS, que ainda com seus limites e debilidades, foi conquistado e construído nesses quase 30 anos representando um patrimônio inigualável em nossa história. Portanto não posso deixar de agradecer aos que lutaram no Movimento da Reforma Sanitária e aos que lutam hoje por esses mesmos princípios: por um SUS universal, público, gratuito, de qualidade, sob gestão estatal, com efetiva participação social. Também não posso deixar de agradecer, principalmente, ao povo brasileiro: que sustenta além do SUS, nosso chão e nossa vida.

Na trajetória que consegui traçar até agora pude contar com pessoas incríveis que foram imprescindíveis para amadurecer e crescer, principalmente nesses dois recentes anos de Residência, na luta pela saúde e por uma outra sociabilidade. Por isso agradeço especialmente:

À querida orientadora deste trabalho, mas também de reflexões profissionais, pessoais e militantes, Professora Tânia. Sou profundamente grata aos conselhos, à paciência e por insistir tanto no aprendizado de suas/seus orientandas/as. Esse trabalho não teria se concretizado se não fosse sua persistência. Espero continuar aprendendo e compartilhando esperanças contigo.

À minha querida e aguerrida preceptora Vileide. As nossas longas conversas, os constantes desabafos, combinados à sua persistência e disposição de cotidiana encarar os desafios me ensinaram, me fizeram crescer e me desenvolver enquanto profissional. Obrigada também por seguir comigo até aqui, literalmente nos meus últimos dias na REMULTISF.

À Professora Keli, pela tutoria paciente e persistente nesses dois anos, mas que ensina desde a graduação e que aceitou prontamente participar da banca e contribuir com esse trabalho. Também agradeço à Professora Maria Regina que se dispôs a colaborar com as discussões desse TCR.

Às/ao colegas residentes da turma 2015-2017 do Centro de Saúde Armação. Especialmente à Martha e Bia que resistiram comigo até o final e que a disposição e amizade trouxeram mais tranquilidade para o dia a dia. Também sou grata às Rafas W. e V., pelo que pudemos compartilhar dessa trajetória.

Às queridas Ellen, Fernanda e Ana Carla, foi confortante e esperançoso estar com vocês nesse espaço e em saber que nos encontraremos em muitos outros, na luta pelo SUS e por uma outra sociedade. Obrigada pelo apoio, exemplo e amizade. Também agradeço à Bia

Freitas, Alaane e Patrícia pelas trocas e crescimentos.

Agradeço imensamente à toda a equipe do Centro de Saúde Armação por nos receberem de braços abertos nesses dois anos e estarem sempre dispostos a compartilhar seus aprendizados.

Ao Fórum Catarinense em Defesa do SUS e contra as privatizações pela resistência e perseverança coletiva em defesa dos princípios da Reforma Sanitária. Em especial às/aos militantes do SindSaúde-SC.

Aos membros das gestões Pós-Ativa e Resistir para Lutar da Associação de Pós-Graduandos da UFSC por demonstrarem concretamente a importância de uma entidade combativa, meio à tanto retrocesso. Sou grata em especial a Ellen, Poliana, Davi, Tati, Anderson, Gio e Jenni.

Ao PCLCP e à JCA pela esperança coletiva e organizada da construção de uma sociedade sem qualquer tipo de exploração e opressão, de resistência à tanta barbárie com tamanhos esforços de análises críticas e autocríticas. Muito obrigada pela compreensão das minhas ausências nesses dois anos.

Às amigas Luiza Birds e Helen Cris por estarem sempre comigo e aos eternos amigos de casa: Carol, Caetano e Ju. À linda Ingrid Maria por tantas trocas e exemplo de persistência com poesia. Às amigas camaradas Michele, Chris, Helen Abou Hatem, Bruna Peixer. Obrigada pela amizade e parceria.

Ao camarada Gio por ser meu companheiro de vida em todos os aspectos e profundidade. Por estar ao meu lado, literalmente partilhando das angústias e desafios nesses dois anos. Pela parceira nas reflexões deste processo, mas principalmente por compartilhar cotidianamente na nossa relação e nas construções políticas o sonho de um novo mundo.

Especialmente aos meus pais Clóvis e Nilce e ao meu irmão Dênis, por me serem os primeiros a me ensinarem profundamente o significado de amor, solidariedade e justiça. Sou imensamente feliz por compartilharmos esses sentimentos e nossas vidas. Obrigada por todo o apoio de sempre. Amo muito vocês.

Vocês todas e todos foram fundamentais nessa conquista.

Muito obrigada!

*“Você diz:
Nossa causa vai mal.
A escuridão aumenta. As forças diminuem.
Agora, depois que trabalhamos por tanto tempo
Estamos em situação pior que no início.*

*Mas o inimigo está aí, mais forte do que nunca.
Sua força parece ter crescido. Ficou com
aparência de invencível.
Mas nós cometemos erros, não há como negar.
Nosso número se reduz. Nossas palavras de
ordem
Estão em desordem. O inimigo
Distorceu muitas de nossas palavras
Até ficarem irreconhecíveis.*

*Daquilo que dissemos, o que é agora falso:
Tudo ou alguma coisa?
Com quem contamos ainda? Somos o que restou,
lançados fora
Da corrente viva? Ficaremos para trás
Por ninguém compreendidos e a ninguém
compreendendo?*

Precisamos ter sorte?

*Isto você pergunta. Não espere
Nenhuma resposta senão a sua.”*

(Aos que hesitam- Bertold Brecht)

*"Sem teoria revolucionária, não há prática
revolucionária "*

(Vladimir I. Lenin)

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo geral conhecer as tendências teórico-políticas do Serviço Social em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS) que se apresentam nos Trabalhos de Conclusão de Residência (TCRs) produzidos por assistentes sociais nos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde (PRMS) a partir de 2010. O caminho metodológico é compreendido em três momentos: fase exploratória, análise qualitativa dos dados e sistematização dos dados coletados. São identificadas três principais tendências teórico-políticas predominantes no SUS a partir dos anos 2000: modelo privatista, reforma sanitária e reforma sanitária flexibilizada. O atual projeto ético-político do Serviço Social está em consonância com a perspectiva da reforma sanitária. Os PRMS tem expandido cada vez mais vagas para o serviço social e demais profissões compreendidas na área da saúde, no entanto não tem atingido a potencialidade de formação crítica para o SUS que esteja de acordo com os ideários da reforma sanitária. O resultado dessa pesquisa que demonstra, através dos trabalhos monográficos e artigos acessados, os TCRs produzidos pelo Serviço Social estão predominantemente alinhados com o modelo da reforma sanitária flexibilizada.

Palavras chave: Residências Multiprofissionais em Saúde; Serviço Social nas Residências; Tendências do Sistema Único de Saúde; Trabalhos de Conclusão de Residências.

ABSTRACT

The present work has the general objective to know the theoretical-political the Social Work in relation to the Unified Health System (SUS), which are presented in the Term Papers (TCRs) produced by social workers in the Multiprofessional Health Residency Programs (PRMS) since 2010. The methodological path is understood in three moments: exploratory phase, qualitative analysis of the data and systematization of the data collected. Three main theoretical and political tendencies predominating in SUS are identified starting in the 2000s: privatization model, sanitary reform and flexibilized health reform. The current ethical-political project of Social Work is in line with the health reform perspective. The PRMS has expanded more and more vacancies for social work and other professions in the health area, but it has not reached the potential of critical training for SUS that is in accordance with the ideas of health reform. The result of this research demonstrates, through the monographic works and articles accessed that the TCRs produced by Social Work are predominantly aligned with the flexibilized health reform model.

Keywords: Multiprofessional Residences in Health; Social Work in Residences; Trends in the Unified Health System; Residence Term Papers.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ADI Ação Direta de Inconstitucionalidade

ANAHP Associação Nacional de Hospitais Privados

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

ABEPSS Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

CEBES Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

CF Constituição Federal

CFESS Conselho Federal de Serviço Social

CLS Conselho Local de Saúde

CRESS Conselho Regional de Serviço Social

CNS Conselho Nacional de Saúde

CNRS Comissão Nacional da Reforma Sanitária

CNRMS Comissão Nacional de Residência Multiprofissional

COREMU Comissão de Residência Multiprofissional

CT Câmaras Técnicas

DGES Departamento de Gestão da Educação na Saúde

EBSERH Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

FBH Federação Brasileira de Hospitais

FNCPS Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde

FMI Fundo Monetário Internacional

HUF's Hospitais Universitários Federais

MRS Movimento Reforma Sanitária

MS Ministério da Saúde

NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS Organização Mundial de Saúde

OS Organização Social

OSCIP Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

PAIF Programa de Atenção Integral à Família

PCB Partido Comunista Brasileiro

PC do B Partido Comunista do Brasil

PDT Partido Democrático Trabalhista

PNH Política Nacional de Humanização

PSF- Programa Saúde da Família

PT- Partido dos Trabalhadores

RSB Reforma Sanitária Brasileira

SGTES Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

TCR Trabalhos de Conclusão de Residência

UBS Unidade Básica de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Número de Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde por Câmaras Técnicas da CNRMS, em 2013.	41
Tabela 2- Programas de Residência, universidades, ano de conclusão dos TCR e número de TCR conseguidos para este estudo acessados por meio eletrônico.	53
Tabela 3- Serviço Social na atenção básica em saúde/ Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF), Trabalhos de Conclusão de Residência, por ano, títulos e palavras chave.....	55
Tabela 4- Exercício profissional do assistente social: competências e atribuições, atuação com crianças e adolescentes e terapia comunitária em Trabalhos de Conclusão de Residência, por ano, títulos e palavras chave	57
Tabela 5- Residência Multiprofissional em Saúde: atuação e formação em Trabalhos de Conclusão de Residência por ano, títulos e palavras chave.	58
Tabela 6- Mulheres e questão de gênero na saúde em Trabalhos de Conclusão de Residência, por ano, títulos e palavras chave.....	61
Tabela 7- Processos de trabalho na Atenção Básica em Trabalhos de Conclusão de Residência por ano, títulos e palavras chave.....	63
Tabela 8- Média e Alta complexidade: integralidade, Política Nacional de Humanização, interdisciplinaridade e referência e contra-referência em Trabalhos de Conclusão de Residência, por ano, títulos e palavras chave.	64
Tabela 9- Atenção e cuidados em saúde em Trabalhos de Conclusão de Residência, por ano, títulos e palavras chave.....	65
Tabela 10- Concepção de demanda em Saúde Mental; representações sociais e dependência química na Estratégia de Saúde da Família em Trabalhos de Conclusão de Residência, por ano, títulos e palavras chave.	67

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	12
2- As tendências teórico-políticas do SUS e os Cursos de Residência	15
2.1- As tendências teórico-políticas do SUS nos anos 2000.....	15
2.2– Os Cursos de Residência Multiprofissional em Saúde: história e panorama	37
2.3 – O Serviço Social na Política de Saúde e nos Cursos de Residência Multiprofissional em Saúde.....	45
3- As tendências teórico-políticas do SUS nos Cursos de Residência a partir do Serviço Social	51
3.1- As produções do Serviço Social nos Cursos de Residência	51
3.2- Os TCRs de Serviço Social	54
3.2.1 Serviço Social na atenção básica em saúde/ Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF).....	55
3.2.2 Exercício profissional do assistente social: competências e atribuições, atuação com crianças e adolescentes e terapia comunitária.....	57
3.2.3 Residência Multiprofissional em Saúde: atuação e formação	58
3.2.4 Mulheres e questão de gênero na saúde	61
3.2.5 Processos de trabalho na Atenção Básica	63
3.2.6 Média e alta complexidade: integralidade, Política Nacional de Humanização, interdisciplinaridade e referência e contra-referência.....	64
3.2.7 Atenção e cuidados em saúde	65
3.2.8. Outros: concepção de demanda em Saúde Mental; representações sociais, dependência química e percepções dos usuários.	67
3.3 Análise das tendências teórico-políticas dos SUS nos TCRs do Serviço Social	68
4- CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79

1- INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo geral conhecer as tendências teórico-políticas em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS) que se apresentam nos Trabalhos de Conclusão de Residência (TCRs) produzidos por assistentes sociais nos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde (PRMS) a partir de 2010.

O anseio em tratarmos dessa temática vem da nossa inserção no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFSC (REMULTISF), das reflexões advindas ao longo da trajetória enquanto assistente social residente que se iniciou em março de 2015. A experiência de residente, assim como os debates realizados no V e VI Encontro Nacional de Residências em Saúde (ENRS)¹, na Oficina Nacional da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social² (ABEPSS), nos espaços com os movimentos sociais da área da saúde nos trouxeram indagações sobre a relevância dos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde (PRMS) para o SUS e sua relação com o atual projeto ético-político do Serviço Social e seu nexos com o projeto da Reforma Sanitária.

Nossa aproximação com essa discussão toma partida já na graduação em Serviço Social na UFSC, concluído em 2014, na participação de espaços de debate e articulação com os movimentos sociais, como o Fórum Catarinense em Defesa do SUS e Contra as Privatizações e Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. Durante a Residência, na condição de assistente social e residente, tornou-se ainda mais evidente a necessidade de continuarmos participando desses espaços, assim como o Fórum Nacional de Residentes em Saúde e retomada do Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde. Percebemos a incontestável relação entre assistente social, residências em saúde, SUS e projeto ético-político do Serviço Social.

Partimos de um pressuposto que não existe neutralidade na produção do conhecimento, da mesma forma que nenhuma ação prática é isenta de tomadas de posições ideológicas:

[...] toda ciência- embora mais intensamente nas Ciências Sociais - passa por interesses e visões de mundo historicamente criadas, embora suas contribuições e

¹ O V ENRS foi realizado dos dias 28 a 30 de outubro de 2015 em Florianópolis, Santa Catarina; O VI ENRS aconteceu dos dias 05 a 08 de julho de 2016, em Curitiba, Paraná.

² Oficina organizada nos dias 04 e 05 de novembro de 2015, na UERJ, Rio de Janeiro, pela gestão da ABEPSS 2015-2016 “Ousadia e Sonhos em Tempo de Resistência”.

seus efeitos teóricos e técnicos ultrapassam as intenções de seus próprios autores [...]. Na investigação social, a relação entre o pesquisador e seu campo de estudos se estabelece definitivamente. A visão de mundo de ambos está implicada em todo o processo de conhecimento desde a concepção do objeto aos resultados e à sua aplicação. Ou seja, a relação, neste caso, entre conhecimento e interesse deve ser compreendida como critério da realidade e busca de objetivação (MINAYO, 2005, p. 13 e 14).

Nessa perspectiva, demarcamos o materialismo histórico- dialético como método a nos guiar no percurso dessa pesquisa desde o seu início. A partir da elaboração do método desenvolvido por Marx propriamente para compreender a estrutura e dinâmica da sociedade burguesa, é que a tradição marxista tem fundamentado os estudos e pesquisa da teoria social crítica.

O movimento do método caracterizado por Marx tem como ponto de partida a realidade concreta que em suas expressões “aparecem como dados; pela análise um e outro elementos são abstraídos e, progressivamente, com o avanço da análise, chega-se a conceitos, abstrações que remetem a determinações as mais simples”³ (NETTO, 2011a, p. 42). Chegando às determinações mais simples, é necessário fazer a “viagem de volta”, com a distinção do momento anterior, em sua “representação caótica de um todo, porém com uma rica totalidade de determinações e relações diversas” (Marx apud Netto, 2011a, p. 43). Em síntese, a relação do movimento dialético que perpassa o concreto- abstrato para se chegar no “concreto pensado”, o qual Marx reconhece como “único modo pelo qual o cérebro pensante se apropria do mundo”, (ibidem, p. 43), é o caminho para transpor da aparência à essência do objeto.

Portanto quando remetemos ao objetivo de conhecer as tendências teórico-políticas teórico-políticas do serviço social em relação ao SUS traçamos o seguinte caminho metodológico: fase exploratória, análise qualitativa dos dados e sistematização dos dados coletados.

Inicialmente pretendíamos identificar os PRMS que ofertam vagas para assistentes sociais no Brasil e, a partir do mapa panorâmico, buscar os TCRs para realizar uma análise de forma que conseguíssemos ter uma representatividade das tendências teórico políticas do SUS a nível nacional. Esse caminho não se concretizou por duas questões: não conseguimos obter um dado oficial que fornecesse um mapeamento dos PRMS que possuem vagas para o serviço

³ “[...] determinações são traços pertinentes aos elementos constitutivos da realidade [...]. As “determinações as mais simples” estão postas no nível da universalidade, singularidade e particularidade” (NETTO, 2011, p. 42)

social pois o MEC não disponibiliza e tampouco existe um repositório institucional online que armazene e disponibilize os trabalhos.

Dessa forma, buscamos concretizar o acesso aos TCRs através de contatos realizados diretamente com residentes, residentes egressos, preceptores, tutores, coordenadores ou ex-coordenadores de PRMS do Brasil via e-mail, contato telefônico ou em espaços de debate coletivo como em Oficinas da ABEPSS e Encontro Nacional de Residências em Saúde. Oficializamos o pedido para acessar aos TCRs por correio eletrônico, com uma carta (apêndice A) explicitando o objetivo da pesquisa.

Insistimos em fazer essa análise pelos TCRs, sendo eles em formato de monografia ou artigo, pois entendemos que os mesmos são expressão significativa do processo de formação de uma especialização como a Residência. Após a exigência de 5.760 horas que o residente precisa cumprir entre a carga horária prática e teórico-prática, o trabalho de conclusão, ao nosso entender, deve trazer aspectos reflexivos desse modelo de formação para no- e para o - SUS.

A Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRMS) nº 5, de 07 de novembro de 2014, determina no artigo 3º, inciso 2 que “ao final do programa, o Profissional de Saúde Residente deverá apresentar, individualmente trabalho de conclusão de residência, consonante com a realidade do serviço em que se oferta o programa, sob orientação do corpo docente assistencial, coerente com o perfil de competências estabelecido pela COREMU⁴” (BRASIL, 2014).

Realizamos o recorte temporal para investigar os TCRs a partir dos anos 2010 por dois propósitos intrínsecos à viabilidade prática da pesquisa, o primeiro é pela condição de tempo da residente para a execução deste trabalho, que não propicia uma disponibilidade para fazer análise de um grande banco de dados, o segundo é por supormos que o formato virtual de TCRs é uma prática recente, considerando que o meio virtual será majoritariamente a

⁴ COREMU - Comissão de Residência Multiprofissional - é uma instância deliberativa obrigatória a ser garantida pela “instituição proponente de programas de residência em área profissional da saúde”, cabendo a comissão “as seguintes atribuições: a) Coordenação, organização, articulação, supervisão, avaliação e acompanhamento de todos os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e/ou uniprofissional da instituição proponente. b) Acompanhamento do plano de avaliação de desempenho dos profissionais de saúde residentes. c) Definição de diretrizes, elaboração de editais e condução do processo seletivo de candidatos. § 1º A COREMU será responsável por toda a comunicação e tramitação de processos junto à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS. § 2º A COREMU deverá funcionar de forma articulada com as instâncias de decisão formal existentes na hierarquia da instituição. § 3º A COREMU deverá funcionar com regimento próprio, garantidos divulgação e critérios de publicidade.”(BRASIL, 2014)

comunicação para acessar aos trabalhos.

Quanto à escolha de identificar as tendências teórico-políticas do SUS *a partir dos anos 2000*, está relacionada com as mudanças ocorridas no cenário político e econômico brasileiro nesse período que rebatem diretamente na Política de Saúde (KRÜGER, 2014).

Nesse aspecto, para podermos identificar essas tendências nos trabalhos e artigos encontrados, primeiramente sistematizamos os dados mais gerais encontrados nos TCR's, elencando seus títulos, objetivos, metodologias de pesquisa e principais referências bibliográficas utilizadas. Com essas informações, posteriormente separamos por eixos temáticos, e partir desses eixos voltamos aos trabalhos, extraímos os elementos que identificamos mais condizentes com o objeto da pesquisa e relacionamos com as referências teóricas trazidas no segundo capítulo.

Portanto, para cumprir o propósito da pesquisa, o segundo capítulo consiste em situar as atuais tendências do SUS, retomando alguns aspectos históricos e basilares do contexto político, social e econômico do Brasil. Ainda nesse momento, discutimos a respeito das Residências Multiprofissionais, seu histórico, atual panorama e sua relação com o serviço social. Abordamos os projetos que se enfrentam e se complementam em sua totalidade e particularidades do SUS, do Serviço Social enquanto profissão e suas expressões nos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde. No terceiro capítulo desenvolveremos a pesquisa propriamente dita, fazendo as relações necessárias com o capítulo anterior e os dados encontrados nos TCRs a partir dos eixos destacados.

Nas conclusões finais, como não pode deixar de ser, realizamos uma breve síntese do exposto no desenvolvimento do trabalho e analisado no percurso dessa pesquisa, com reflexões e apontamentos que propõem a contribuir em futuros debates e pesquisas sobre a temática.

2- As tendências teórico-políticas do SUS e os Cursos de Residência

2.1- As tendências teórico-políticas do SUS nos anos 2000

O SUS corresponde a um dos mais complexos e importantes sistemas da política social para o povo brasileiro. Desde os seus marcos legais, que dentre suas expressões demarca a Política de Saúde no Brasil como universalizante, teve um crescimento e

desenvolvimento contraditório que se relaciona diretamente com o desenrolar da estrutura econômica, contexto político e social do país.

Partimos da análise sobre a particularidade da formação sócio histórica brasileira que se conformou sobre os moldes de *capitalismo dependente*, com características peculiares dos países periféricos. Com base em Florestan Fernandes (2005, p. 352), esse modo específico de desenvolvimento do capitalismo, “impõe o ponto de partida e de chegada de qualquer mudança social relevante; e se ergue como uma barreira diante da qual se destroçam (pelo menos por enquanto) todas as tentativas de oposição às concepções burguesas que deve ser a “ordem legal” de uma sociedade competitiva”.

Em essência, o sistema capitalista se distingue em duas classes com interesses diametralmente opostos: a classe que é obrigada a vender sua força de trabalho para sobreviver pois não é detentora dos meios sociais de produção, o proletariado; e a classe que detém dos meios sociais de produção e vive da exploração do trabalho do proletariado, a burguesia (MARX; ENGELS, 2011).

Ainda que o Manifesto do Partido Comunista esteja completando seu aniversário de 169 anos de publicação, é correto defender sua atualidade:

Se se considera que Marx investigou não só o capitalismo de sua época, mas as condições objetivas da produção e da reprodução da acumulação capitalista acelerada, só seria possível negar as “suas ideias” se o capitalismo se tivesse tornado o avesso de si próprio, ou seja, se a mais-valia relativa, a manipulação econômica, social e política do exército industrial de reserva, a concentração e a centralização do capital as classes e a dominação de classe etc., tivesse desaparecido. Ora, isso não ocorreu. As contradições do capitalismo monopolista e do imperialismo assumem dimensões aterradoras, exatamente por isso. (FERNANDES, 1987, p.136)

Portanto, quando referimos ao cenário econômico e político atual, nos encontramos diante do capitalismo monopolista e do imperialismo⁵. No Brasil, o capitalismo está alicerçado de forma dependente, com uma burguesia que não é nacional e “conquistadora”, mas “associada, dependente e pró-imperialista”, o que traz especificidades diante do cenário do capitalismo monopolista global. Encontra-se aqui uma burguesia que hegemonicamente é “agente da dominação imperialista, do papel ativo desempenhado pelo Estado (nas mãos

⁵ Por imperialismo estamos entendendo que “refere-se ao processo de acumulação capitalista em escala mundial na fase do capitalismo monopolista, e a teoria do imperialismo é a investigação da acumulação no contexto de um mercado mundial criado por essa acumulação. [...] Em seu folheto sobre o imperialismo, Lenin estabeleceu uma relação, hoje famosa, das características do fenômeno: (1) a “exportação do capital” adquire importância primordial, lado a lado com a exportação de mercadorias; (2) a produção e a distribuição passam a ser centralizadas por grandes trustes e cartéis; (3) os capitais bancário e industrial se fundem; (4) as potências capitalistas dividem o mundo em esferas de influência, e (5) essa divisão é concluída, abrindo a possibilidade de uma futura luta intercapitalista para redividir o mundo.” (BOTTOMORE, 2012, p. .275-276)

dessa burguesia associada), no desenvolvimento econômico, na propensão em tratar classes oprimidas em geral [...] como ‘inimigo da ordem’” (ibidem, p. 139). Nesse aspecto, Lenin (2012, p. 94) fez uma importante afirmação no que tange às riquezas produzidas em países ditos subdesenvolvidos e desenvolvidos ou países centrais:

Enquanto o capitalismo for capitalismo, o excedente de capital não é consagrado à elevação do nível de vida das massas do país, pois isso significaria a diminuição dos lucros dos capitalistas, mas o aumento desses lucros através da exportação de capitais para o estrangeiro, para os países atrasados. Nestes, o lucro é em geral elevado, pois os capitais estão escassos, o preço da terra e os salários, relativamente baixos, e as matérias-primas, baratas. A possibilidade da exportação de capitais é determinada pelo fato de uma série de países atrasados já terem sido incorporados na circulação do capitalismo mundial; de terem sido aí construídas as principais ferrovias ou estarem em vias de construção; de estarem asseguradas as condições elementares para o desenvolvimento da indústria etc. A necessidade da exportação de capitais se deve ao fato de o capitalismo “ter amadurecido excessivamente” em alguns países, e o capital (dado o insuficiente desenvolvimento da agricultura e a miséria das massas) carecer de campo para sua colocação “lucrativa”

Esse entendimento é pertinente a partir da conformação sócio histórica nacional brasileira, pois também imprime particularidades na consolidação do Estado e políticas sociais. De acordo com Fernandes (2000), o desenvolvimento do capitalismo no Brasil teve caráter tão perverso que sequer chegou a constituir um desenvolvimento agrícola e industrial como os países de capitalismo central, não sendo capaz de realizar as reformas que estes países fizeram, conhecidas como revolução burguesa no modo “clássico”, tais como a revolução agrícola, revolução urbana, revolução industrial, revolução nacional e revolução democrática. O Brasil - e demais países com características de dependência, colonial ou semicolonial - fica submetido, em sua estrutura e dinâmica política, econômica e cultural aos centros externos, os quais detém o comando da exploração capitalista.

O Estado⁶ está imbuído nessa lógica e seus tentáculos se articulam de maneira que representa aos interesses da classe dominante, sofrendo também as disputas e contradições entre a classe dominante e subalterna. Se tratando do Estado brasileiro, este “nasceu sob o signo forte de ambiguidade entre um liberalismo formal como fundamento e o patrimonialismo como prática no sentido da garantia dos privilégios das classes dominantes” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 75).

⁶ “O Estado é o resultado do antagonismo produto da manifestação do antagonismo inconciliável das classes. O Estado aparece onde e na medida em que os antagonismos de classes não podem objetivamente ser conciliados. E reciprocamente, a existência do Estado prova que as contradições de classes são inconciliáveis. [...] Para Marx, o Estado não poderia surgir nem subsistir se a conciliação das classes fosse possível. [...] Para Marx, o Estado é um órgão de dominação de classe, um órgão de submissão de uma classe por outra; é a criação de uma “ordem” que legalize e consolide essa submissão, amortecendo a colisão das classes.” (LENIN, 2010, p. 27)

Dentro dos aparatos estatais, surgem as políticas sociais, como Teixeira (1989, p.21) define, “resultante possível e necessária das relações que historicamente se estabeleceram no desenvolvimento das contradições entre capital e trabalho, e, ao mesmo tempo, é o fator determinante no curso posterior da relação entre as forças sociais fundamentais”. As classes subalternas apresentam suas necessidades de reprodução da vida social, que partem das questões mais imediatas da vida cotidiana, podendo chegar à ameaça da ordem capitalista. A classe burguesa, por sua vez, por coibição ou conciliação, no interesse de reprodução da ordem vigente, se instrumentaliza nas políticas sociais para manutenção de seu controle. Cabe ainda a compreensão dessas disputas e da relação com o Estado burguês com as políticas sociais em sua complexidade e heterogeneidade,

Ou seja, o objetivo real da política social, para a burguesia e para o Estado capitalista, não é sua execução terminal para dar respostas às necessidades essenciais dos segmentos aos quais ela se destina. Na perspectiva da totalidade, sabemos que somente da educação emancipadora e do trabalho como atividade humana autor realizadora- o que significa trabalho associado-, podem ter início as respostas concretas, substantivas, às necessidades humanas e sociais das maiorias. É nessa medida que *se*, por um lado, a política social é acessória na busca de respostas às necessidades sociais e demandas dos trabalhadores, por outro lado, ela é relevante, quando não, em alguns momentos, central, no controle das massas trabalhadoras, relegadas que essas massas são a precárias, quando não bárbaras, condições de vida e de trabalho **à condição de beneficiárias** dos serviços socioassistenciais e não sujeitos de direitos deles. (VASCONCELOS, 2015, p. 157, grifos da autora)

As políticas sociais têm limites de alcances breves dentro da ordem capitalista e se colocam ainda mais acentuados em um país sob a égide da dependência, no entanto podem trazer significativos avanços à classe trabalhadora inevitavelmente com aspectos contraditórios, intrínsecos à sociedade de classes, que se expressam também nas políticas de saúde:

As políticas de saúde, no capitalismo monopolista, com seu desenvolvimento e expansão, encontram no Estado o seu agente privilegiado. Estas políticas não correspondem à alteração significativa nas relações de produção, podendo mesmo corresponder ao interesse imediatamente econômico do capital, que por ativarem determinadas áreas de produção, quer por representarem a garantia de um salário indireto que não onera especificamente o capital. [...]torna-se importante ressaltar, entretanto, que as políticas de saúde, como todas as políticas sociais, não correspondem, estritamente, aos interesses dominantes. Elas expressam a relação de forças sociais ao nível das sociedades concretas. Esta estrutura tem seu fundamento na concepção do Estado capitalista como um produto da luta de classes, e por conseguinte, como um Estado de classe que incorpora, necessariamente, as demandas das classes subalternas. O Estado, ao excluir do poder as classes trabalhadoras, não pode desconsiderar totalmente suas necessidades, como condição de legitimação (BRAVO, 2013, p. 27)

Isto posto, retomamos ao importante fato que colocou a política de saúde *como dever do Estado e direito de toda a população*, diferenciando-se claramente do que estava situado

anteriormente à 1988 que “somente trabalhadores com carteira assinada e em dia com as contribuições pagas à previdência social tinham garantido por lei o direito à assistência médica” (PAIM, 2009, p. 41). A substancial mudança foi possível com a articulação do Movimento da Reforma Sanitária (MRS), que expressou em seu conteúdo um projeto contra-hegemônico à ordem social vigente, com o ideal de transformação radical da sociedade, opondo-se aos setores privados e ao modelo de atenção à saúde focado na doença (ESCOREL, 1999). O MRS foi uma resposta da classe trabalhadora ao modelo privatista, o qual já tinha significativa expressão e que recentemente cresceu ainda mais à luz das contra-reformas das agendas federais (BRAVO, 2013).

Ao analisar a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), Paim (2008) traz a reflexão de que a 8ª Conferência Nacional de Saúde⁷, realizada em 1986, foi um marco de suma importância do MRS, que levou à criação do SUS. A 8ª Conferência foi traçada por um movimento anterior que possibilitou acúmulos teóricos-políticos principalmente desde a década de 1970:

[...] foram levados para a Conferência conceitos e concepções trabalhados pela Saúde Coletiva tais como: determinação social do processo saúde-doença e organização social dos serviços de saúde, como matriz teórica marxista, mas também a promoção da saúde, consciência sanitária, políticas públicas intersetoriais e a noção de sistema de saúde. (PAIM, 2008, p. 108)

O conceito *determinação processo saúde-doença* foi crucial para a fundamentação teórica do MRS, que se caracteriza a influência da teoria marxista nesse processo, sintetizado no Relatório Final da 8ª Conferência quando remete à saúde como

[...] resultante das condições de alimentação educação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, lazer, emprego, acesso e direito à terra, acesso serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986, p. 4)

Escorel (1989, p. 182) defende que este conceito deixa incontestável a relação com a “luta pela saúde numa luta global” e ainda estabelece que a efetivação dos aspectos para atingir a saúde em sua plenitude, em essência democrática, é necessária romper com a ordem capitalista. No que tange à reflexão estratégica do movimento, Dâmaso (1989, p. 72-73) segue na mesma direção quando afirma que “não se trata de melhorar o sistema, mas de transformá-lo estruturalmente, invertendo a lógica do seu funcionamento, introduzindo no planejamento

⁷ Isso só foi possível com a articulação e organização de diversos setores de movimentos sociais e populares que se organizaram na década de 1980, no próprio cenário de “abertura democrática” e insatisfação do povo brasileiro em geral com suas condições de vida. A Conferência em si contou com a participação de aproximadamente 4.500 pessoas, sendo cerca de 25% delegados. Os setores empresariais se abstiveram de sua participação em protesto ao conteúdo da Conferência com a conotação de “saúde como direito do cidadão e direito do Estado” (BRAVO, 2011).

de saúde a categoria das lutas de classes”. O autor ainda disserta sobre possíveis acusações “reformistas” ao conceito da Reforma Sanitária, colocando que “tem, todavia, um sentido “forte”: trata-se de conceber e fazer saúde o fundamento revolucionário de uma transformação setorial, com ressonâncias estruturais sobre o conjunto social”.

No entanto, é preciso saber que internamente o MRS apresentava divergências no programa e estratégia expressos na 8ª Conferência Nacional de Saúde que não chegaram a representar uma cisão interna naquele momento, ainda porque em essência se proclamava pela estratégia geral apontada acima. As diferenças se colocavam entre um grupo, composto principalmente pelo Partido dos Trabalhadores (PT) e Partido Democrático Trabalhista (PDT), que defendia a “estatização já” e outro grupo, protagonizado pelo Partido Comunista Brasileiro (PCB)⁸ e Partido Comunista do Brasil (PC do B), que defendia uma “convergência para a estatização através de uma estratégia de reforço progressivo do setor público” (RODRIGUEZ NETO, 2003, p.49).

Destarte, a respeito do MRS, Bravo (2011, p.43) afirma que a reivindicação estratégica do movimento está inserida em um panorama amplo da luta de classes no Brasil e não teria concretização na estruturação atual do Estado brasileiro, ao mesmo tempo em que coloca que é inescusável o reconhecimento dos expressivos avanços que a vitória legal desse movimento conquistou, “tais como modernização setorial, a realocação de despesas em favor do setor público e a colocação na cena política da noção de direito social”.

Sem condições de adentrarmos profundamente no MRS, o que seria adverso à proposta deste trabalho, estamos tratando de identificar as bases das tendências teórico-políticas do SUS que se sustentam nos anos 2000, portanto se fez necessário, além de pontuarmos o cenário sócio-político e econômico brasileiro, abordarmos a origem do SUS. Deste modo, devemos entender que esse movimento, em seu contexto político, expressou significativos avanços na Política de Saúde, *se conformando em partes* no hoje conhecido SUS. O momento político em que eclodiu o MRS foi marcado por uma arena de redemocratização do Estado brasileiro, envolvendo diversos movimentos sociais e lutas no âmbito sindical, como o Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra-MST e Central Única da Classe Trabalhadora- CUT, após os conhecidos “anos de chumbo” da Ditadura Civil-Militar.

⁸ É importante afirmar que poucos anos depois este partido se transformou no Partido Popular Socialista (PPS), no X Congresso do PCB em 1992, se desvinculando das raízes dos comunistas brasileiro, anos depois o PCB se rearticulou com essa mesma legenda, mas com posições distintas.

Dessa maneira, mesmo que o MRS tenha se constituído como tendência hegemônica na 8ª Conferência Nacional de Saúde, se encontrava em um cenário heterogêneo de disputa ideológica, dentro de um Estado autocrático-burguês. Os conflitos que repercutiram nas vertentes de políticas de saúde daquele momento, se desenhavam em um processo histórico anterior à Conferência e, em certa medida, refletem as atuais tendências de disputa do SUS. Rodriguez Neto apud Bravo (2011, p. 107-108, grifos originais) diferenciou as três propostas:

A proposta conservadora, que defendia basicamente a manutenção do modo pluralista, baseado na compra de serviços ao setor privado pelo setor público, em especial pela previdência social - proposta sustentada, principalmente, pelos empresários hospitalares e produtores e de equipamentos e insumos.

A proposta modernizante/privatista, que apontava para uma modernização do setor com as regras capitalistas de mercado, defendendo uma maior autonomia concorrencial entre os prestadores de serviços privados. Contemplava o afastamento do poder público da prestação de serviços de saúde à população urbana e inserida no mercado de trabalho, competindo ao Estado as ações de alcance coletivo e a prestação de serviços à população rural e/ou carente, que não poderiam assegurar, por seus rendimentos baixos, a lucratividade da organização empresarial. Era defendida pelos grupos multinacionais atuantes na prestação de serviços de saúde.

A proposta racionalizadora supunha a saúde como direito de cidadania e implicaria a responsabilidade do Estado sobre o sistema de saúde, e o setor privado era considerado como complementar e subordinado. Algumas experiências nessa direção foram ensaiadas e seus efeitos podem ser considerados expressivos e estimuladores, dependendo, para sua efetivação, de condições que só haveriam de ser oferecidas por um governo democrático, com um financiamento mais adequado, derivado de uma política salarial justa, uma valorização dos níveis estaduais e municipais e uma possibilidade concreta de participação popular na definição de suas necessidades e no controle da qualidade de serviços. Era defendida pelos técnicos progressistas da saúde e movimentos populares, sendo intitulada como *Reforma Sanitária*.

Embora as propostas conservadoras e modernizante/privatista foram derrotadas e com pouca presença na 8ª Conferência Nacional de Saúde, se fizeram presentes de maneira marcante na Comissão Nacional da Reforma Sanitária, a qual foi encaminhada na 8ª Conferência com a principal tarefa de defender o conteúdo do relatório final da conferência na Assembleia Nacional Constituinte, que resultou na Constituição Federal (CF) de 1988 (RODRIGUEZ NETO, 2003). Segundo Bravo (2011, p.111) essa comissão foi composta por representantes da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e entidades favoráveis ao MRS, teve como embate central a “estatização e/ou privatização da saúde”. Por haver bastante divergência interna, a comissão buscou encaminhar as posições consensuais, fato que concretizou em uma derrota dos setores que se colocavam de forma progressista. Em nossa análise essa decisão nos mostra que o próprio MRS já não apresentava coesão em suas posições para defende-las em unidade posteriormente.

Já na Assembleia Constituinte, a disputa se acirrou em duas forças opostas “os grupos

empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (multinacionais), e das forças propugnadoras da Reforma Sanitária” (BRAVO, 2011). A própria elaboração da Constituição de 1988 envolveu processos sucessivos de disputa protagonizada por grupos adversos, representados por entidades e partidos políticos de interesses antagônicos, o que nos leva a entender que o fato de a saúde ter se tornado um dever do Estado, não quer dizer que a iniciativa privada tenha sido extinta, nem por decreto e muito menos pela correlação de forças no cenário político brasileiro.

Tornar a saúde um dever do Estado não significou, entretanto, a proibição da atuação privada na área da saúde. Não obstante o Estado ficar obrigado a prestar esses serviços públicos através do SUS, o artigo 199 da Constituição de 1988 estabeleceu também que a “assistência à saúde é livre à iniciativa privada”. Desse modo, foi autorizada a venda de serviços de saúde, com finalidade lucrativa e comercial, no livre mercado. Desse modo, foi autorizada a venda de serviços de saúde, com finalidade lucrativa e comercial, no livre mercado. Desse modo, podemos identificar no ordenamento jurídico brasileiro dois regimentos jurídicos distintos que regulamentam as atividades de saúde: os regimes públicos e privados. (GOMES, 2015, p.26)

Em 1990 a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990) foi criada com a finalidade de regulamentar o SUS. A lei reafirmou princípios e diretrizes importantes para o SUS já garantidos na escrita da Constituição de 1988, assim como desenvolveu demais pontos acima colocados na Carta Magna: universalidade, integralidade, federalismos colaborativos, participação da comunidade e direito à informação. No mesmo ano foi criada a Lei 8.142/1990 que estabelece sobre os instrumentos de controle social da população na gestão do SUS, tais como as conferências e conselhos de saúde, a mesma lei também aborda sobre repasses financeiros para saúde.

Essas leis, assim como a própria Constituição Federal constituem em marcos legais fundamentais para o SUS, porém elas não se conformam em documentos isolados da conjuntura. Marcam mais um episódio de tensão na luta de classes do Brasil, principalmente porque os anos 1990 são de intensa retomada da ofensiva do capital a nível global.

A década de 1990 no Brasil ainda é marcada pelos reflexos da crise do capitalismo econômica do capital de 1970. Esse processo a nível global se caracteriza pela mundialização do capital sob a égide do capital financeiro, repercutindo em impactos na reprodução social da classe trabalhadora e nas políticas sociais (SOUZA DA SILVA, 2011). O filósofo húngaro István Mészáros (2011) argumenta que a crise que se desdobra em 1970 é de superprodução e da queda da taxa média tendencial de lucro, e corresponde a crise estrutural do modo de

produção e reprodução do capital, expressos na crescente miséria, aumento do desemprego, taxas de inflação etc.

Os impactos dessa crise no Brasil podem ser analisados em diversos âmbitos, o quadro é nefasto e demarcado principalmente na década de 1990 nas diversas *contrarreformas* do Estado brasileiro. As cartilhas de organismos multilaterais como Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional (FMI), estabeleciam diversas medidas de ajustes, principalmente aos países de capitalismo dependente, impondo “reformas estruturais”, como a redução no financiamento e provisão das políticas sociais. As principais expressões desses ajustes em resposta à crise para o Brasil acabaram sendo implementadas no governo do Fernando Henrique Cardoso (FHC), através do “Plano Real” e do Plano Diretor Plano da Reforma do Estado capitaneado por Bresser-Pereira, sob a justificativa de uma dita “crise fiscal” e preocupação com o equilíbrio das contas públicas nacionais, mas que se concretizavam em um quadro de contrarreformas. No tocante ao Plano Diretor da reforma do Estado, vejamos:

No sentido amplo, propõe-se uma redefinição do papel do Estado. Parte-se do pressuposto de que se ele continua sendo um realocador de recursos, que garante a ordem interna e a segurança externa, tem os objetivos sociais de maior justiça e equidade, e os objetivos econômicos de estabilização e desenvolvimento. Contudo, para assumir os dois últimos papéis, cresceu de forma distorcida. Hoje então, a “reforma” passaria por transferir para o setor privado atividades que podem ser controladas pelo mercado, a exemplo das empresas estatais. Outra forma é a descentralização, para o “setor público não-estatal”, de serviços que não envolvem o exercício do poder de Estado, mas devem, para os autores, ser subsidiados por ele, como: educação, saúde, cultura e pesquisa científica. Este processo é caracterizado como *publicização* e é uma novidade da reforma que atinge diretamente as políticas sociais. (BEHRING, 2008, p.178, grifos da autora)

O aspecto de setor público não-estatal ecoa fortemente nos dias atuais nos novos modelos de gestão, como abordaremos adiante. O que está posto nesse aspecto é uma disputa sob a lógica privatizante da estrutura pública assimilada pela burguesia e seus representantes nacionais desde os anos 1990, combinada à outras medidas estruturantes como a extração de superlucros e flexibilização das relações trabalhistas (BEHRING, 2008). O processo de privatização⁹ foi gritante no governo FHC principalmente na esfera da produção, pela “venda”- por preços rebaixados - das indústrias de base, mas também eclodiu na privatização de serviços essenciais demarcados pela CF de 1988, tal como saúde, educação e previdência

⁹ “Privatização entendida como transferência das responsabilidades públicas e dos recursos públicos para a criação de riqueza de capitais privados, não somente na produção, mas também na prestação de serviços sociais, responsáveis pela garantia de direitos. As transferências para o capital obedecem à lógica de que agora estes serviços podem apresentar-se como mercadorias que geram lucros” (CARDOSO, 2014, p. 38)

social, tratando essas políticas como mercadoria. (BEHRING, 2008) (CARDOSO, 2014). Ricardo Antunes também coloca as problemáticas desse tempo como o aprofundamento da relação de dependência do Brasil, que andam a pari passu de uma profunda precarização do trabalho, explicitando que a esfera produtiva se relaciona diretamente com a reprodução das relações sociais.

Na área da saúde, as contrarreformas repercutem intensamente em retrocessos em contradição a criação da Lei Orgânica da Saúde (1990). Concordando com Soares (2013, p. 93),

Dialeticamente, as respostas à crise do capital, mediadas pelas particularidades e características da estrutura social e do Estado brasileiro, tornaram-se os limites para a materialização da reforma sanitária e do SUS conforme seu marco legal constitucional e suas leis orgânicas. A mundialização do capital, a financeirização, a reestruturação produtiva, a cultura neoconservadora, a ascensão do pensamento pós-moderno e a contrarreforma do Estado interagem nesse conjunto de respostas cuja finalidade precípua é a maximização e expansão do capital.

Nesse contexto, o cenário do sistema público de saúde se conforma distante do princípio da universalidade, focalizando no atendimento à população mais pauperizada que não tem condições de pagar pelos serviços no mercado. A atenção primária se fortalece nessa perspectiva, assim como na racionalização de recursos da média e alta complexidade. A lógica de custo-benefício também se estabelece na flexibilização da gestão, com a privatização e terceirização de serviços, além de incentivos à oferta de serviços diretamente do setor privado (CORREIA, 2009). Kruger (2014, p. 220) coloca que “a implementação do SUS nesta década foi objeto de desfinanciamento, sucateamento e recentralização”.

Os planos privados de saúde são reforçados com intensa orientação de organismos multilaterais, principalmente pelo Banco Mundial. Segundo, Andreazzi (2014, p.53-54), o SUS “pouco afetou os demais segmentos do complexo médico-industrial”, o seu subfinanciamento nesse contexto também foi alarmante e propiciou uma ventilação no mercado de planos privados de saúde, articulado com contratos coletivos de trabalho, e famílias de renda média, que conhecido como “universalização excludente”. A autora apresenta que tal questão foi menosprezada nos debates em torno da política de saúde:

O papel dos seguros privados de saúde no sistema de saúde brasileiro também foi pouco abordado seja pela VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) seja pelos debates constituintes (1987-1988) em torno da Lei Orgânica de Saúde (1999-2000). O fim de convênios- empresa do INAMPS em 1981 parece ter criado uma subestimação da força econômica e política desse setor empresarial que em 1987 atingia 24,4 milhões de pessoas, representando 18% da população. Uma parte significativa da mão-de-obra ocupada com carteira assinada, sobretudo nos setores dinâmicos da economia especialmente de São Paulo, possuía convênios de saúde

complementares como benefício associado ao emprego. (ibidem)

O mercado de planos privados de saúde também é reforçado com representações sociais para além da Federação Brasileira de Hospitais, entra também a Confederação das Misericórdias do Brasil. Outra entidade representativa do setor hospitalar é fundada “congregando aqueles que se desatrelaram do Sistema Único de Saúde como prestadores: a Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHF)” (ibidem, p. 54). O setor se fortalece de forma que em 1998, cerca de “38,7 milhões de brasileiros estavam cobertos com, pelo menos, um plano privado de saúde” (ibidem). Ademais, no ano de 1998 foi criada a Lei 9656, promulgada para regulamentar o mercado de planos privados de saúde e, dois anos depois a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nos moldes do projeto da contrarreforma nos anos 1990 (ibidem).

É nesse contexto, dentro da premissa do Plano Diretor de Bresser Pereira de repasse da gestão do SUS para instituições de caráter não-estatal, através dos contratos da gestão e parcerias mediante transferência de recursos públicos, que surgem também as Organizações Sociais (OSs) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), criadas em 1999 pela Lei Federal nº 9.790 (CORREIA, 2009). As OSs “podem contratar funcionários sem concurso público, adquirir bens e serviços sem processo licitatório e não prestar contas a órgãos de controles internos e externos da administração pública [...]”, já as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), tem como base uma diferente forma de repassar as responsabilidades do Estado para o setor privado, por meio do “Termo de Parceria”, que é mais abrangente que os contratos realizados com OSs, “nas OSCIPs, a prestação de serviços públicos é transferida para as Organizações Não-Governamentais (ONGs), cooperativas, associações na sociedade civil de modo geral, por meio de “parcerias” (Rezende apud Correia, 2011, p. 44)

Cabe colocar que frente a esse contexto de retrocessos, também houve resistência por parte de alguns setores. Maria Valéria Correia (2009, p. 132-134) ao investigar as correlações de forças no Conselho Nacional de Saúde (CNS) no período de 1995 a 2002, aponta que também houve resistência nesse espaço por grupos políticos que representavam aos interesses da classe trabalhadora. Como, por exemplo, nas seguintes situações que destacamos: i) “Proposta de Emenda Constitucional n. 32 que propunha a retirada da garantia legal do acesso universal à saúde [...] e aprovou uma Resolução contra estas alterações constitucionais, enviando-a parlamentares como forma de pressão”; ii) Se colocou contra as “experiências de flexibilização administrativas com o repasse da gestão da saúde para Organizações Sociais ou

Cooperativas que tendem à privatização desse setor, e com duplo acesso aos hospitais públicos [...]” e; iii) “[...]O CNS denunciou constantemente o desvio de recursos da saúde e do Orçamento da Seguridade Social para o Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), e, principalmente, os contingenciamentos realizados pela área econômico”.

Porém, estas posições não tiveram o êxito para a derrocada do projeto privatista. Os limites para o *controle social* dentro da ordem capitalista estão colocados conforme mencionamos nas características do capitalismo dependente com profundas deficiências democráticas, mas também se articulam de acordo com a correlação de forças em determinadas conjunturas. (CORREIA, 2009).

Em suma, o que se caracterizava no período é um tensionamento entres dois grandes projetos antagônicos para a política brasileira, conforme Correia (ibidem):

- O projeto privatista ou o projeto do capital, enraizado desde Ditadura Civil-Militar, é orientado pelos ditames do Banco Mundial. Tem participação ativa de grupos privatistas em aliança com representantes do governo e dentro da esfera estatal, além dos donos de instituições hospitalares, direções de hospitais filantrópicos e beneficentes, indústrias farmacêuticas e também por empresas nacionais e internacionais de equipamentos de saúde. As entidades que constituem esse grupo são: FBH, Confederação das Misericórdias do Brasil, Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), e no Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (Sinamge).

- O projeto da Reforma Sanitária, composto pelos setores progressistas, defensores dos princípios do SUS de acordo com o MRS. Este projeto tinha como representantes dos movimentos populares e sindicais assim como instituições do âmbito acadêmico, Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco).

Os anos 2000 são marcados por um período peculiar na história política brasileira, em que o PT, representado no operário e líder sindical, Luiz Inácio Lula Silva, chega à Presidência da República Brasil. Lula assume de 2003 até 2006 e é reeleito em 2007 até 2011. Após seu mandato, Dilma Rousseff é eleita pelo mesmo partido e assume a presidência de 2011 a 2014, sendo eleita novamente em 2014 para seu segundo mandato que durou de 2015 a 2016.

Segundo Menezes (2014), os governos do PT expressaram uma continuidade semelhantes à estratégia do governo de FHC, de forma que as políticas sociais seguiam em caráter focalizado, como política compensatórias, ao invés de garantia de direitos como

preconizada a compreensão da Seguridade Social no princípio universalizante. Lara e Ribeiro (2012, p. 9) também afirmam na mesma perspectiva quando colocam que Política de Assistência Social segue na lógica de “reestruturação instrumental de eficácia positiva para os objetivos do governo, em detrimento do caráter universal”, por exemplo “com as estruturas dos fundos setoriais, dos conselhos e dos Centros de Referências de Assistência Social (CRAS), (que) foram implementadas de acordo com as novas determinações sugeridas segundo os critérios de equidade e focalização”. Um exemplo que não podemos deixar de dar é referente ao Bolsa Família, programa criado em 2003, com o objetivo de “combater a miséria, através da unificação de todos os programas sociais e a criação de um cadastro único de benefícios”, mas que na verdade, ainda que tenha representado um significativo e inegável avanço nas condições de vida do povo brasileiro, “não se constitui em um direito, pois trata-se de uma política de governo, fruto de uma decisão do Executivo federal, não presente na Carta Constitucional” (MENEZES, 2014, p. 11)

No segundo mandato do Lula, de acordo com Menezes (2014, p.12) surgem propostas do governo no sentido de reduzir a taxa de desemprego e garantir o acesso ao consumo de massa “como redução de impostos de bens duráveis, valorização do salário mínimo, aumento do crédito ao consumidor, programas de combate à pobreza extrema, mas não conseguem reverter a desigualdade social persistente que caracteriza a sociedade brasileira”. Ainda, conforme a autora, cria-se um clima otimista que também alimenta um ““apassivamento” na luta de classes”. Nesse espectro, surge a categoria “neodesenvolvimentismo” (MENEZES, 2014) (ANTUNES, 2011).

Sampaio Junior (2012, p.679) explica que a concepção de neodesenvolvimentismo é uma expressão teórica, oriunda na segunda metade dos anos 2000, associada às particularidades do contexto econômico e político do Brasil e se baseia na “modesta retomada do crescimento econômico, após quase três décadas de estagnação, a lenta recuperação do poder aquisitivo do salário após décadas de estagnação [...]”. Segundo o autor, economistas que sustentam esta vertente, se baseiam pela “terceira via” para resolução dos problemas econômicos do país, que se propõe a superar os aspectos “negativos” da política neoliberal e do desenvolvimento desenfreado do capitalismo, mantendo os aspectos “positivos”. Essa corrente, falsamente baseada na antiga vertente “desenvolvimentista”, não faz relação com aspectos totalizantes da economia política assim como a formação sócia histórica da realidade brasileira, caindo em erros cruciais de análise, que por sua vez, acabam corroborando com o aprofundamento dos ditames imperialistas em nosso país, qual é estritamente dependente.

Existe, portanto, uma incongruência absoluta entre o que o neodesenvolvimentismo pensa ser- uma alternativa qualitativa de desenvolvimento capaz de resolver os problemas renitentes da pobreza e da dependência externa- e o que é fato: apenas uma nova versão da surrada teoria do crescimento e da modernização acelerada como solução para os problemas do Brasil. Nada mais do que isso. Além de seu papel nas lutas intestinas da burocracia que comanda a política econômica, o “neodesenvolvimentismo” cumpre uma dupla função como arma ideológica dos grupos políticos entrincheirados nas estruturas do Estado: diferencia o governo Lula do governo FHC, lançando sobre este último a pecha de “neoliberal” e a reforça o mito do crescimento como solução para os problemas do país, iludindo as massas. (Ibidem, o, 679)

A nosso ver esse discurso, além de ser recheado de conteúdo “reformista” para justificar verdadeiras contrarreformas, também tange em um viés do que é “possível” dentro do capitalismo, evitando qualquer enfrentamento da ordem. Kruger (2014, p.223) coloca que no que tange à Política Social

[...] esta vertente tem um caráter nacionalista e indica ações mais estruturantes do Estado em relação às necessidades sociais, mas sequer reafirma os direitos sociais da Carta de 1988. Aponta para um sistema tributário que não penalize os mais pobres, mas igualmente defende programas focalizados e oportunidades no mercado para os segmentos vulneráveis. Neste modelo de desenvolvimento, o acesso aos direitos sociais e econômicos se transformou em acesso a serviços, a poder de compra e crédito.

Vejamos como as questões levantadas refletem na Política de Saúde nos anos 2000. Bravo (2009) e Soares (2013) declaram que havia uma esperança de que o governo do Lula sustentasse o projeto da reforma sanitária. No entanto, o que se efetivou foi o conflito entre o projeto da reforma sanitária e o modelo privatista, fortalecendo muito mais este do que o outro. Bravo (2009) cita alguns exemplos do primeiro mandato do Lula que correspondem à invocação na política de saúde que se fortalece em torno do projeto da reforma sanitária e outros que correspondem à continuidade do projeto do capital.

No sentido do primeiro projeto, a autora identifica que o presidente convocou para o Ministério da Saúde importantes referências profissionais que apresentavam comprometimento com a Reforma Sanitária, foi convocada a 12ª Conferência Nacional de Saúde¹⁰, o ministro passou a participar das reuniões do CNS e a secretaria executiva deste conselho foi assumida por um representante do movimento sindical, no caso da CUT. Na estrutura do Ministério foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde (SGTES),

¹⁰ Bravo (2009) apresenta algumas ponderações sobre essa Conferência. Criou-se uma expectativa em torno desse espaço no contexto político de recém-chegada do PT ao governo, havia uma esperança de retomada dos princípios da reforma sanitária e de uma rearticulação do movimento. No entanto, não houve um aumento no número de participantes e tampouco o debate avançou na radicalidade da Reforma Sanitária. Alguns problemas se deram também na própria fragilidade de coordenação e condução política por parte do Ministério da Saúde.

com a principal preocupação sobre a pauta de recursos humanos para o SUS. Também foram criadas as Secretaria de Atenção à Saúde, com a intenção de integrar as ações de atenção básica ambulatorial e hospitalar, e a Secretaria de Gestão Participativa, com a proposta de fortalecimento do controle social. (Ibidem)

No que diz respeito à continuidade do projeto do capital, fortalecido nos anos 1990, Bravo (ibidem, p.104) coloca a “ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social”. No aspecto da focalização, um exemplo é o programa saúde da família (PSF) que é tomado por esse governo como central, mas não tem mudanças significativas para o princípio da universalidade e integralidade, seguindo como “um programa de extensão de cobertura para a população carente”. Outra questão que influi na precarização e terceirização dos trabalhadores é a ausência de regulamentação das categorias como agentes comunitários de saúde, auxiliar e técnico de saneamento e agentes de saúde mental. Embora para os agentes comunitários houvesse uma regulamentação depois, as outras categorias permanecem sem.

Também no fortalecimento do projeto do capital, a questão do desfinanciamento é gritante, como “utilização sistemática dos recursos do orçamento da Seguridade Social para República, orientado pelos Ministros do Planejamento e da Fazenda, de ampliar o conteúdo das “ações de serviços de saúde, incluindo gastos com saneamento e segurança alimentar” ocasionando na diminuição de 5 milhões nos recursos que eram destinados ao SUS (ibidem, p. 105).

Ainda em 2003, foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH), que tem como proposta incentivar “trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários”. Seus conceitos basilares são “acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários”, mas que acabam ofuscando as contradições inerentes do projeto privatista do SUS, “não fazendo referências à base material do SUS, limitando-se essencialmente ao nível das relações entre trabalhador e usuário nos serviços” (KRUGER, 2014, p.223)

Já o segundo mandato de Lula, expresso no Plano de Governo, “não apresenta um compromisso com a Reforma Sanitária, uma vez que não menciona alguns eixos centrais, a saber: controle dos planos de saúde; financiamento efetivo e investimentos, ação intersetorial e política de gestão do trabalho” (PAIM apud BRAVO; MENEZES, 2011, p. 19).

Em seu primeiro ano de gestão, o ministro José Gomes Temporão, tomou algumas

medidas importantes, dentre elas, a quebra de patente de medicamentos antirretrovirais. (BRAVO; MENEZES, 2011). No entanto, foi nesse período que foram criadas as Fundações Estatais de Direito Privado (Projeto de Lei n. 92/2007). De acordo com Granemann (2011, p.52) essas Fundações correspondem à atualização das parcerias- públicos privadas, das OSs e OSCIPs¹¹ e de todas as propostas de privatização do aparelho estatal, “o essencial é que as reduções do Estado para o trabalho em nome da eficácia e da eficiência do serviço ao público, pela mesma medida, significam o aumento do Estado para o capital e é por isto que denominamos privatização”. Por essa razão já se trata de uma grande afronta ao conjunto da classe trabalhadora, mas ainda Granemann (ibidem) pontua três elementos que prejudicam diretamente aos trabalhadores: a forma de contratação passa a ser através da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), perdendo a estabilidade, os salários estão subordinados ao Contrato de Gestão que cada Fundação possui, assim como o plano de carreira e emprego e ainda as Fundações são isentas de contribuir com a formação do fundo público (!).

Cabe a contextualização do processo que antecedeu a divulgação pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão das Fundações Estatais de Direito Privado em maio de 2007. Em março do mesmo ano o Banco Mundial divulgou um “documento inédito com avaliações e propostas para “aumentar a qualidade da gestão e racionalizar o gasto público”” do SUS. Depois em maio, “o jornal O Globo noticiou em 25 de maio de 2007 que o “relatório do Banco Mundial foi feito a pedido do Ministério da Saúde coordenado pelo especialista-líder em saúde do Bird no Brasil, Gerard La Forgia” (GRANEMANN, 2011, p. 51). Esse documento tem como título “Brasil: governança no Sistema único de Saúde (SUS) brasileiro- fortalecendo a qualidade dos investimentos públicos e da gestão de recursos (2007) ”, em seu conteúdo percebe-se que os dilemas e problemas de consolidação do SUS são tratados como problemas de gestão (SOARES, 2013).

Situam-se como problemas específicos da organização e funcionamento do SUS: suas normas onerosas, as exigências burocráticas de habilitação dos municípios, a pouca capacidade de gestão da maioria dos municípios que é de pequeno porte, a inadequação da política de recursos humanos e de sua gestão, devido à rigidez da legislação, a interferência frequente da política no planejamento e na eleição de

¹¹ “O projeto das Fundações Estatais menciona seu objetivo de regulamentar a Emenda constitucional nº 19 de 04 de junho de 1998, conhecida como a emenda da contrarreforma do Estado brasileiro, realizada pelo governo de Fernando Henrique Cardoso”. A Emenda Constitucional nº 19/98, em seu artigo 26, conforme o invocam os autores do Projeto Fundação Estatal, definiu que as entidades de administração indireta deveriam rever seus estatutos quanto a natureza jurídica em razão da sua finalidade e de sua competência. “A “necessidade” de regulamentação deste artigo oportunizou ao governo e seus aliados a “brecha” para a realização das contrarreformas do Estado de interesse do capital, sob a forma de fundações estatais” (GRANEMANN, 2011, p. 51)

prioridades, entre outros. Há, dessa forma, uma orientação subliminar sobre a necessidade de mudanças na modalidade de gestão da política de saúde. (Ibidem, p.100)

Conforme Correia (2011, p.44), se enfatiza nesse documento a necessidade de as unidades de saúde desenvolverem sua “autonomia”, imprimindo um “teor de desresponsabilização do Ministério da Saúde na execução direta do Saúde na execução direta dos serviços da saúde [...], através dos contratos de gestão”. No mesmo ano, em 2007, O Ministério da Saúde também divulga o Programa Mais Saúde: Direito de Todos (2008-2011) ou Programa de Aceleração do Crescimento da Saúde (PAC), que segundo Soares (2013, p. 101), é junto com o projeto das Fundações Estatais de Direito Privado, “o segundo marco na contrarreforma da política de saúde, pois concebe a saúde como espaço de integração do país num novo patamar de desenvolvimento, vinculando-se predominantemente à racionalidade da contrarreforma”.

O Programa Mais Saúde tem como parâmetro quatro pilares estratégicos:

- Promoção e Atenção- Envolve ações de saúde para toda família, desde a gestão até a terceira idade;
- Gestão, Trabalho e Controle Social- qualifica os profissionais e gestores, forma e recursos humanos para o Sistema Único de Saúde e garante instrumentos para o controle social e fiscalização dos recursos. Neste item, a proposta central é a criação da - Fundação Estatal de Direito Privado.
- Ampliação do Acesso com Qualidade- Reestrutura a rede, cria novos serviços, amplia e integra a cobertura no SUS.
- Desenvolvimento e Inovação em Saúde- Trata a saúde como um importante setor de desenvolvimento nacional na produção, renda e emprego. (BRAVO; MENEZES, 2011, p.20)

As autoras também colocam que a 13ª Conferência Nacional de Saúde, depois de ser convocada pelo Conselho Nacional de Saúde que assumira certa autonomia em relação ao governo quando o presidente foi eleito legitimamente pelos conselheiros, tirou posicionou claramente contrária às Fundações. O ministro sequer levou em consideração e manteve o PAC nos moldes originais.

Com base no exposto, a partir da análise da particularidade desse momento histórico, não temos mais somente dois projetos em disputa na Política de Saúde, mas sim três conflitantes modelos, de acordo com Krüger (2014), Bravo (2009), Correia (2009) e Soares (2013). De acordo com Soares (2013, p. 99), além do projeto privatista e do projeto da reforma sanitária, surge o projeto do “SUS possível”:

[...] é defendido pelas lideranças que diante dos limites da política econômica defendem a flexibilização da reforma sanitária, mas nomeiam esse processo como reatualização, modernização ou mesmo como continuidade desta. Este projeto, na

verdade, termina favorecer a ampliação dos espaços do projeto privatista e , apesar de suas lideranças não reconhecerem, os dois projetos compõem uma mesma unidade dialética e se imbricam mutuamente numa mesma racionalidade, que , dessa vez, avança mais rapidamente na disputa hegemônica.

Soares (ibidem, p. 98-99) faz uma outra colocação importante no aspecto de consolidação dessa perspectiva do “SUS possível”, onde o próprio movimento da reforma sanitária já apresentava a perda da radicalidade política, sofrendo um processo de “refluxo e fragmentação”. O transformismo, que citamos anteriormente, também percorre nas concepções de lideranças do movimento sanitário, “isto possibilita aos muitos defensores da saúde pública se engajarem na produção e defesa de “inovações” na gestão pública da política de saúde sob o argumento da reatualização e modernização da reforma sanitária, quando na verdade, a estão negando”.

Krüger (2014, p.225) sintetiza a demarcação dessa nova tendência teórico-política do SUS para além do modelo privatista e do MRS, a qual denomina de “reforma sanitária flexibilizada”, nas palavras autora:

a perspectiva revisionista que parece, de alguma forma, fazer a conciliação entre os dois projetos. Esta terceira perspectiva nasceu de vários argumentos: o ideário crítico não dá conta de analisar a estrutura/conjuntura contemporânea; as várias entidades e sujeitos políticos que construíram e defenderam o SUS e suas bandeiras envelheceram; os interesses pessoais e corporativos nas mesas de negociações e nos cargos do Ministério da Saúde, juntamente com as pressões financeiro-eleitorais por parte do setor privado da saúde e das elites nacionais, os acordos com bancos Internacionais e a própria Organização Mundial da Saúde agiram para que o sistema público se limite a atenção primária.

Bravo (2013, p. 178) também identifica esse terceiro projeto como reforma sanitária flexibilizada, que se baseia em “defender a Política de Saúde possível, face a conjuntura. Contata-se que diversos sujeitos sociais do Movimento Sanitário não têm enfrentado a questão central do governo que é subordinação da Política Social à política macroeconômica”. A autora considera que o setor que defende esse projeto não relaciona uma questão fundamental do MRS, que é a luta da reforma sanitária relacionada a um outro projeto societário.

Nesse sentido, Bravo e Menezes (2011, p. 21) citam o CEBES, importante entidade propulsora do MRS, que desde de 2008, tem realizado debates com o direcionamento de uma “atualização da agenda da Reforma Sanitária brasileira”.

Identifica-se, entretanto, a modificação do referencial teórico que foi hegemônico nos anos oitenta. A proposta de Reforma Sanitária teve como grande influência teórica o marxismo, primordialmente através das elaborações de Gramsci e de um dos seus seguidores Berliquer, autor principal da Reforma Sanitária Italiana, que teve grande repercussão no movimento brasileiro.

Na atualidade, a direção do CEBES tem destacado que o marxismo é apenas uma das múltiplas teorias críticas que permitem ter uma posição politicamente comprometida com a mudança social. Argumenta que a crise do pensamento e do movimento marxista é profunda e ocorre em escala planetária.

Na perspectiva das autoras, fica evidente que esta posição, ainda que busque pelo pluralismo, acaba caindo no ecletismo pela ausência da hegemonia da teoria social crítica. Essa análise influencia na “direção social da Reforma Sanitária, que passa a ser orientada pela social-democracia”, o que destoa profundamente da perspectiva da Reforma Sanitária em sua origem, que tinha como estratégia geral a emancipação humana (Ibidem). No mesmo texto, as autoras citam que é perceptível também nas publicações acadêmicas da Saúde Coletiva “a ênfase no cotidiano, sem referência à perspectiva da totalidade social, e às categorias de luta de classes e historicidades”, da mesma forma que também é notória abordagem sobre “algumas temáticas, como a promoção da saúde, cuidado e autocuidado, humanização, estilo de vida”, em uma lógica individualista, de responsabilização exclusiva dos sujeitos pela condição de saúde (ibidem, p. 22).

Essas concepções também *revisam* o conceito da *determinação do processo saúde-doença*, o qual passa a ser chamado de “determinantes sociais de saúde”. Esse novo entendimento se trata de um “pressuposto positivista da epidemiologia tradicional” refletido nos Relatórios da Organização Mundial de Saúde (OMS), que colocam “os fatores socioeconômicos e os de ordem biológica e ambiental num mesmo plano de importância epistemológica” (ibidem, p.22)

Em síntese, quando nos referimos às tendências teórico-políticas do SUS, tratamos desses três projetos conflitantes: privatista, reforma sanitária e reforma sanitária flexibilizada. Como pudemos observar, o primeiro tem sua base alicerçada junto à conformação das políticas sociais no Brasil, fortalecendo suas raízes na Ditadura Civil-Militar e se reproduzindo intensamente nos anos 1990 e nos anos 2000 através da ofensiva do capital. A reforma sanitária inicia na década de 1970 e cria suas bases fundamentais na década de 1980 através do MRS, em uma perspectiva progressista e revolucionária da esquerda. E, mais recentemente, surge o projeto da reforma sanitária flexibilizado, com um embrião da década de 1990, e se concretiza nos anos 2000, diante do transformismo de grupos que se alinhavam com o MRS inicialmente e se blindam dentro de uma lógica “neodesenvolvimentista”.

Entendida essas perspectivas, cabe ainda pontuar algumas questões importantes na Política da Saúde que ocorreram a partir de 2010 e acabaram por fortalecer o setor privatista,

ainda que muitas vezes fantasiados na perspectiva de uma reforma sanitária flexibilizada.

Os chamados *novos modelos de gestão*, como as OSs, OSCIPs e as Fundações Estatais, se fortificaram com a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Essa empresa surgiu como Medida Provisória, a MP 520/2010, oficialmente no último dia do segundo mandato do Governo Lula (31/12/2010), mas foi no Governo Dilma que se concretizou com a Lei nº 12.550 de 15 dezembro de 2011. Nos moldes semelhantes às Fundações Estatais de Direito Privado, a EBSERH é uma empresa pública de direito privado que se justificou para dar resposta a uma crise vivenciada pelos Hospitais Universitários Federais (HUF's) desde 2002 pelo sucateamento empreendido nestas instituições, nitidamente provocados por subfinanciamento e falta de concurso público pelo Regime Jurídico Único (RJU). Portanto, é um modelo de privatização que além de ser um ataque direto ao SUS, também é para a educação de ensino superior, considerando o papel fundamental que os Hospitais- Escolas tem na formação de novos recursos humanos. Enfim, se constitui em uma via de privatização do maior sistema hospitalar público brasileiro, como também desvincula os Hospitais Universitários das atividades de ensino, pesquisa e extensão, ferindo o princípio da autonomia universitária. As contratações também passam a ser via CLT, precarizando as relações de trabalho. (CARDOSO, 2014) (BRAVO; MENEZES, 2011). Quase seis anos depois que a EBSERH foi criada, grande parte dos HUF's aderiram forçosamente à empresa, desrespeitando as instâncias internas das Universidades.

Cabe mencionar outras questões identificadas dentro da perspectiva “neodesenvolvimentista”, são citados por Krüger (2014, p. 224): em 2011, o CNS elegeu o ministro da saúde Alexandre Padilha como seu presidente para assegurar a participação do ministro nas reuniões do Conselho, que estava em contexto de tensão. No ano seguinte, em dezembro, o CNS acabou elegendo para sua presidência uma representante dos usuários (Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura, Contag), que se manteve alinhada aos interesses governistas “sendo pouco combativa com as políticas de flexibilização do SUS”. Também em 2011 é lançado o Decreto n. 7508/2011, “que dispõe sobre a organização, o planejamento no monitoramento dos Contratos Organizacionais da Ação Pública de Saúde, COAP”. O documento faz referência à universalidade do acesso assim como a garantia do caráter igualitário e ordenado, afirma que “o COAP deve ser firmado entre os entes federativos, mas não deixa claro se o serviço do SUS deve ser prestado por gestor público e se o trabalhador da saúde deve ser contratado pelo regime público, abrindo as portas para as chamadas inovações na gestão pelo direito privado”. (Ibidem, p. 224). Outra questão é em

relação ao financiamento à Política de Saúde, em janeiro de 2012 a presidente Dilma sancionou a Lei Complementar nº 141/2012

A proposta que estipulava investimento de 10% das receitas correntes brutas da União para a área foi derrubada, mesmo tendo sido reafirmada na 14ª Conferência Nacional de Saúde em dezembro de 2011. Segundo o artigo 5º, a União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior. Devendo os estados aplicarem 12% da sua receita e os municípios 15%, conforme a versão de 2000. (ibidem, p. 224)

Além do mais, o Governo Dilma foi marcado também por sua relação direta com setor privatista da saúde através dos planos privados desde o financiamento da campanha em 2010 e em sua reeleição:

Novamente em 2013, três grandes empresas que atuam no mercado de planos privados de saúde, a maioria controlada ou com grande participação do capital estrangeiro e grandes doadoras da campanha presidencial de Dilma Rousseff faziam seu lobby por mais recursos públicos através da redução de impostos e subsídios e expansão do mercado (ANDREAZZI, 2014, p. 58)

Ao mesmo tempo, a década de 2010 na política de saúde também ganhou resistência na perspectiva da reforma sanitária, sendo criada por setores da esquerda a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS), que resgata os princípios originários da Reforma Sanitária da década de 1980, com seu caráter marxista, com o horizonte da emancipação humana, possível através do socialismo. O movimento unitário é composto por diversas entidades, partidos políticos, sindicatos e fóruns de saúde regionais que se identificam com luta em defesa do SUS ofensiva em torno dos preceitos de um Sistema Único de Saúde que seja público, gratuito, de qualidade, com efetivo controle social, sob gestão estatal. Inicialmente este movimento foi denominada “Frente Nacional Contra as OSs e pela procedência da ADI 1.923/98” como resultado da articulação dos Fóruns de Saúde já existentes nos estados de Alagoas, Paraná, Rio de Janeiro, São Paulo e do município de Londrina. Inicialmente a bandeira era em torno da procedência da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI), contrária à Lei 9.637/98 que criou as OSs. Foi criado um abaixo-assinado online e elaborado um documento intitulado “Contra Fatos não há Argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil”, que demonstra através de fatos concretos dos locais que já implementaram as OSs como modelo de gestão de serviços públicos. Entidades, sindicatos e movimentos sociais de âmbito nacional foram aderindo à luta e foi-se identificando a necessidade de sair da defensiva tática, da pauta específica das OSs, visto que outros ataques já estavam sendo anunciados como as Fundações Estatais de Direito Privado,

OSCIP's e EBSERH, bem como pautar um horizonte e defender uma perspectiva de SUS diferente do caminho que estava tomando. Quando a Frente passou a ser denominada Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde contava com um arco variado de entidades, sindicatos e representantes dos movimentos sociais em geral. (BRAVO; MENEZES, 2011) (CORREIA, 2011).

O segundo mandato de Dilma sofreu uma ruptura através do impeachment¹² concretizado em agosto de 2016. Mas no primeiro semestre do mesmo ano, o novo Ministro da Saúde, Ricardo Barros fez uma declaração pública colocando a necessidade de “rever o tamanho do SUS”, pois não seria “possível conseguir “sustentar o nível de direitos que a Constituição determina”. Depois, o ministro apresentou como solução para a crise enfrentada no Brasil, a “criação de “planos acessíveis””. Em 13 de julho 2016, “Barros informou que esses seriam planos com cobertura exclusivamente ambulatorial e custariam aproximadamente R\$ 80,00 mensais ao consumidor”, argumentando que essa proposta “ampliaria o mercado segurador privado em 20 milhões de segurado. Ou seja, uma forte mudança no sistema brasileiro”. (SANTOS, 2016, p. 03)

No mesmo mês foi publicada uma portaria do gabinete do ministro criando um grupo de trabalho para elaboração do projeto do plano. O grupo é composto por representantes de apenas três órgãos: Ministério da Saúde (MS), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS/MS), e Confederação Nacional das Empresas e Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CNSeg). Deste grupo não participaram os movimentos sociais, as organizações de usuários de saúde, pacientes e profissionais de saúde, especialistas acadêmicos, tampouco o Conselho Nacional de Saúde. Podem ser convidados, mas não são membros. [...] Além da proposta de planos acessíveis, a ANS vem estudando um projeto de diminuição dos preços mensais dos planos mediante o aumento da franquia, similar aos high deductibles propostos pela reforma do sistema de saúde dos Estados Unidos, conhecida como Obamacare e em vigor naquele país desde 2012(SANTOS, 2016, p.13)

Essa “nova” proposta apresentada por Barros, além de ser semelhante (não por coincidência com a proposta Obamacare), tem relação com o projeto Universal Health Coverage (UHC) da OMS, com origem em 2005, fundamenta-se na

expansão do mercado privado de saúde sob os argumentos de que “grande proporção de população está disposta a pagar por serviços de saúde do setor privado” e “fortes agentes do mercado estão dispostos a pressionar para que haja aumento de financiamento público e privado, especialmente como os países de média e baixa

¹² Não se configura no objeto do nosso trabalho, mas cabe pontual que na esquerda política brasileira existem várias controvérsias desse processo, que alguns setores caracterizam como “golpe” nos moldes não clássicos, distinto de como ocorreu em 1964, mas um golpe institucional entre os interesses das burguesias que se constitui também de forma heterogênea. O fato é que gerou um caos ainda maior na “democracia” brasileira, no qual um processo eleitoral, mesmo com seus limites, foi desrespeitado por uma série de acusações parciais e infundadas.

renda adotam políticas para financiar o seguro de saúde como um meio para a CUS. Ou seja, o efeito da crise econômica no mercado segurador internacional leva à busca de novas clientelas e nesse sentido as maiores economias fora do hemisfério Norte são alvo mais adequado dessa política, colocando neste mapa países Brasil, Índia e África do Sul. (SANTOS, 2016, p. 06)

Mais uma vez não é novidade é “importação de soluções” aos dilemas enfrentados nas políticas sociais no Brasil. O SUS faz parte de um campo de disputa constante de projetos distintos, que denominamos tendências teórico-políticas: privatista, reforma sanitária e reforma sanitária flexibilizada. É evidente que desde o surgimento do embrião do SUS, o modelo privatista tem tido sucessivas vitórias, pelos bastidores e ultimamente de forma bastante escancarada. Ao mesmo tempo é inegável os avanços que o SUS trouxe enquanto possibilidade de uma política de saúde que atenda às reais necessidades do povo brasileiro.

Nos ficou claro que esse processo de forma alguma é linear e tampouco está isolado do contexto mais amplo da política brasileira e da formação sócio histórica desse país. A análise de capitalismo dependente, ao nosso ver, se mostra presente em todos os aspectos conjunturais, mas o contexto de crise estrutural vivenciada a nível global é patente para entender todos esses processos. Nesse sentido que buscamos trabalhar até aqui e pretendemos seguir nos próximos tópicos.

2.2– Os Cursos de Residência Multiprofissional em Saúde: história e panorama

Consideramos importante trazer nesse tópico os marcos na legislação que tangem as Residências Multiprofissionais em Saúde para compreendermos a sua caracterização, no entanto eles não podem ser analisados sem relacionarmos com os aspectos expostos no contexto da Política de Saúde, que estão umbilicalmente relacionados ao cenário de reestruturação produtiva e mundialização do capital.

Buscando aspectos mais históricos sobre os Programas de Residência Multiprofissional, Batista Silva (informação verbal)¹³ sustenta que estes estão pautados no modelo dos Programas de Residência Médica, tomando “como base tudo que de pior a residência médica tem” (sic). A primeira residência médica no Brasil foi criada em 1948 na

¹³ Palestra proferida por Letícia Batista Silva n Seminário Nacional sobre Residência em Saúde e Serviço Social realizado pelo CFESS e ABEPSS nos dias 04 e 05 de setembro de 2016. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=spCN5kgIE48>> Acesso em 28 de janeiro de 2017.

USP, a segunda foi no Hospital de Servidores do Estado do Rio de Janeiro, ambas foram inspiradas no modelo de residência dos Estados Unidos, que “concentra-se no aprimoramento de habilidades técnicas e a partir de um modelo de clínica tradicional e hospitalar” (sic). Mas é no período da Ditadura Militar no Brasil, “no final de 1970, nós temos 500 programas de residências médica” (sic). O contexto é permeado também por uma contrarreforma marcante na educação, citado por Batista Silva como a reforma universitária de 1968¹⁴. Um elemento importante que repercute diretamente na Residência Multiprofissional é em relação a carga horária das 60 horas, nesse aspecto Batista Silva apresenta uma problemática já em pauta na década de 1970¹⁵.

A primeira Residência Multiprofissional em Saúde foi criada em 1978 pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul na Unidade Sanitária denominada São José do Murialdo. Esta residência procedeu da primeira Residência em Medicina Comunitária que tinha como proposta central o conceito ampliado de saúde (BRASIL, 2006).

No início da década de 80, foram gestadas e ampliadas as concepções sobre o processo saúde/doença, em que se privilegiou a prevenção e a saúde pública, a gestão democratizada dos serviços, a reavaliação da ética profissional, a hegemonia do poder médico e as possibilidades reais e concretas de incorporação de elementos significativos de recursos humanos na prestação da assistência à saúde.

Ainda ao longo dessa mesma década, foram propostas alternativas ao modelo tradicional de atenção à saúde, decorrência do movimento da reforma sanitária. A construção dessas demandas- de outros saberes multidisciplinares ao processo de formação principalmente daquelas reativas à ética e à hegemonia do poder médico, faz emergir a necessidade de se rever a formação em recursos humanos das profissões que junto da medicina realizam o trabalho na área, tais como enfermagem, a farmácia-bio-química, a nutrição, o Serviço Social e a psicologia. (MOURÃO; et al. 2009, p. 360)

No período da década de 1980 existem outras experiências de Residências Multiprofissionais pelo Brasil afora, mas ainda muito dispersas e com financiamentos próprios por fundações privadas ou previdência social (MOURÃO; et al., 2009). Somente em 1999 o Ministério da Saúde, através do Departamento de Atenção Básica, retomou oficialmente a proposta de criar um modelo de Residência Multiprofissional. Até então as iniciativas em torno das Residências Multiprofissionais eram de acordo com iniciativas

¹⁴ Podemos caracterizar essa Reforma como um projeto da burguesia para a ampliação da universidade vinculada aos grandes monopólios nacionais e estrangeiros, já sob a égide da hegemonia imperialista estadunidense, adequando a “reforma” da universidade brasileira aos acordos MEC-USAID. Nesse período ocorre uma grande ampliação da infraestrutura pública e de recursos humanos, principalmente para potencializar a produção de conhecimento a interesses estratégicos, vinculado ao projeto do capital financeiro. (FERNANDES, 1979)

¹⁵ Palestra proferida por Letícia Batista Silva no Seminário Nacional sobre Residência em Saúde e Serviço Social realizado pelo CFESS e ABEPSS nos dias 04 e 05 de setembro de 2016. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=spCN5kgIE48>> Acesso em 29 de janeiro de 2017.

focalizadas pelo Brasil. (BRASIL, 2006). Cabe mencionar também que em 1997, na resolução nº 218, o CNS reconhece oficialmente as categorias profissionais de nível superior atuantes na área da saúde: assistentes sociais, biólogos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

Em 2000, o CNS, através da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH) divulgou o documento da NOB/RH-SUS com o objetivo de basilar a gestão do trabalho e o desenvolvimento dos trabalhadores, nos aspectos de formação e educação permanente (ibidem). Nesse período, no primeiro mandato do Governo Lula, como colocamos no tópico anterior, é criada a SGTES. Na SGTES foi formado um departamento específico para educação em saúde, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DGES).

O DGES foi um dos principais propulsores do reconhecimento em lei Residência em Área Profissional da Saúde, a Lei nº 11.129¹⁶, publicada dia 30 de junho de 2005:

Art. 13. Fica instituída a Residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica.

§ 1º A Residência a que se refere o caput deste artigo constitui-se em um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, *particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde*.

§ 2º A Residência a que se refere o caput deste artigo será desenvolvida em regime de dedicação exclusiva e realizada sob supervisão docente-assistencial, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde.

Art. 14. Fica criada, no âmbito do Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS, cuja organização e funcionamento serão disciplinados em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde. (BRASIL, 2005, grifos nossos)

Para o funcionamento dos PRMS, na criação da sua lei também ficou estabelecida a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) “cuja organização e funcionamento serão disciplinados em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde” (BRASIL, 2005).

A CNRMS dispõe e atualiza as questões relativas a carga horária dos PRMS na Resolução nº 5 de 05 de novembro de 2014 que os Programas devem ter duração mínima de 02 anos, com carga horária mínima de 5760 horas¹⁷. A resolução também estabelece sobre a

¹⁶ Lei que também institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens, cria o Conselho Nacional da Juventude e a Secretaria Nacional de Juventude.

¹⁷ No totalizante dessas horas, está incluso o direito às férias: “o Profissional da Saúde Residente fará jus a um

divisão da carga horária total, a qual 80% deve ser “destinada a forma de estratégias educacionais práticas e teórico-práticas, com garantia das ações de integração, educação, gestão, atenção e participação social e 20% (vinte por cento) sob forma de estratégias educacionais teóricas” (BRASIL, 2014a). Ainda nessa mesma resolução são desenvolvidas sucintamente o entendimento da CNRS sobre estratégias educacionais teóricas, teórico-práticas e práticas, onde cada Programa de Residência acaba alocando de acordo com sua realidade local e estabelecendo seu Projeto Político-Pedagógico. A CNRMS também tem a responsabilidade de credenciar os PMRS e as instituições habilitadas para oferecê-lo. Internamente a comissão se divide em Câmaras Técnicas (CTs) correspondente aos espaços de inserção na Residência no SUS, a saber: (1) Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Especialidades Clínicas, e Especialidades cirúrgicas; (2) Intensivismo, Urgência e Emergência; (3) Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidades, Saúde Coletiva; (4) Saúde Mental; (5) Saúde Funcional e; (6) Saúde Animal e Ambiental.

A proposta dos Programas de Residência é pautada na formação em serviço para o SUS, que se consolida nas mais diversas ênfases na área de saúde. Ou seja, o aspecto formativo da residência vincula diretamente com a relação de trabalho. Dentre a distribuição das 60 horas semanais que o residente deve cumprir, 80% são práticas e somente 20% teórico-práticas, que são definidas a critério do projeto político-pedagógico do Programa, podendo ser a parte do “serviço”.

Se a gente pensar nos termos e se a gente tirar das atividades os 20% das atividades que hoje são práticas e teórico-práticas, então se a gente forçar uma barra e pensar que elas seriam só teóricas, mesmo assim a gente tem o residente inserido no campo por 44 horas semanais hoje. E isso a gente carrega da residência médica, esses autores que são médicos já apontavam naquele momento, né? E aí diziam esses autores que a figura do residente diminuía os gastos do corpo médico fixo, além de promover - e aí é quase o sentido marxiano, né- além de promover a renovação bianual dessa força de trabalho. Os relatórios médicos já apontavam isso muito antes da gente se quer pensar na residência multiprofissional.

Essa relação da Residência Multiprofissional em Saúde com a Residência Médica se estabelece tanto no aspecto da carga horária, mas em um processo que inicia na década de 1970 a nível global, que se aprofunda nos anos seguintes no Brasil, denominado por Antunes (2011) como um processo de reestruturação das forças produtivas, que se caracteriza na flexibilização, desregulamentação, terceirização e novas formas de gestão de trabalho etc. Esse processo, como vimos anteriormente, é intrínseco aos aspectos que circundam as

dia de folga semanal e a 30 (trinta) dias consecutivos de férias” CNRMS.

políticas sociais. Concordando com Carvalho, et al. (2015):

A carga horária extensiva é um dos grandes entraves para o trabalho dos residentes, considerando que, não tem como oferecer um trabalho de qualidade, quando não se tem tempo destinado para o estudo (mesmo com as reservas de tempo, geralmente, um turno para a realização de uma determinada atividade) para a avaliação e análise do seu fazer profissional. Assim, o profissional é cobrado que tenha a teoria relacionada com a prática, porém, não se dá oportunidade para reflexão.

OS PRMS sofrem sua maior expansão um outro período, que além de carregar as características expressas desse processo anterior, é de profunda contradição do SUS¹⁸. De 2011 a 2013 houve um aumento de 152% na oferta de bolsas de residência multiprofissional (informação verbal)¹⁹, que passaram de 499 para 2.104, totalizando R\$ 36,3 milhões de gastos com bolsas para residentes²⁰.

A distribuição entre as modalidades e ênfases dos PRMS se estabeleciam de acordo com o quadro abaixo:

Tabela 1- Número de Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde ~~por~~ **vinculados** as Câmaras Técnicas da CNRMS, em 2013.

Programas de Residência por área	Vagas
Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Especialidades Clínicas e especialidades cirúrgicas	178
Intensivismo, Urgência e Emergência	50
Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidades, Saúde Coletiva	120
Saúde Mental	36
Saúde Funcional	10
Saúde Animal e Ambiental	1
Total	395

Fonte: informação verbal²¹, elaboração própria.

¹⁸ Vamos destacar no segundo capítulo a dificuldade de obtermos dados oficiais dos Ministérios da Saúde e Educação a respeito dos PRMS, contraditoriamente, nos deparamos com uma notícia do site O Globo que divulga a criação de 12 mil novas vagas de residência (multiprofissionais, uniprofissionais e médicas) até 2017. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/brasil/governo-reajusta-em-248-valor-da-bolsa-para-residencia-medica-8852022#ixzz4JzJkaUSE>> acesso em 09 de setembro de 2016.

¹⁹ Informação concedida por contato estabelecido via correio eletrônico com assistente social Ana Paula Silveira de Moraes (anapaulasilveirass@yahoo.com.br) no dia 31 de julho de 2016. Ana Paula é representante dos preceptores na CNRMS, nos forneceu os dados em formato powerpoint de palestra proferida em 2013 por Sônia Regina Pereira, que em 2013 representava a Coordenação Geral de Residências em Saúde do Ministério da Educação.

²⁰ Em 1º de março de 2016 foi divulgada a Portaria Interministerial nº 3, de 16 de Março de 2016 que reajustou o valor da bolsa para os residentes passando a ser R\$3.330,43, no período supracitado o valor ainda era de R\$ 2.976,26.

²¹ Informação concedida por contato estabelecido via correio eletrônico com assistente social Ana Paula Silveira de Moraes (anapaulasilveirass@yahoo.com.br) no dia 31 de julho de 2016. Ana Paula é representante dos preceptores na CNRMS, nos forneceu os dados em formato powerpoint de palestra proferida em 2013 por Sônia Regina Pereira, que em 2013 representava a Coordenação Geral de Residências em Saúde do Ministério da Educação

Percebe-se que há uma priorização de implementação de PRMS nas estruturas de atenção à saúde de alta complexidade (apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades clínicas, e especialidades cirúrgicas) em detrimento da baixa complexidade (atenção básica/saúde da família e comunidades, saúde coletiva). Essa proposta é oposta às prerrogativas iniciais dos PRMS lançada em 1999 pelo Departamento de Atenção Básica juntos com lideranças do MRS, que naquele momento

articularam-se formando grupos interessados em criar, reavivar e reinventar residências em saúde da família. A proposta, construída em um seminário, era criar um modelo de Residência Multiprofissional, onde embora fossem preservadas as especialidades de cada profissão envolvida, seria criada uma área comum, especialmente vinculada ao pensamento da velha saúde pública, acrescida de valores como a promoção da saúde, a integralidade da atenção e o acolhimento. (BRASIL, 2006, p. 6)

Outro aspecto importante de ser ressaltado é que a expansão dos PRMS na alta complexidade acontece nos HUF's, que a partir de 2011 passam a ser alvo de implementação da EBSERH (CASTRO, 2013). Os novos modelos de gestão também passam a ter inserção na atenção primária em saúde através das OSs nas capitais de São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia (FNCPS, 2011).

Também chamamos a atenção para uma mudança substancial sobre os PRMS, que desloca o papel fundamental da Universidade brasileira na formação de recursos humanos vinculados, a partir do tripé ensino, pesquisa e extensão às reais demandas da sociedade. Amplia-se espaço para que as instituições proponentes dos PRMS não são necessariamente instituições de ensino, mas secretarias municipais e estaduais de saúde, hospitais filantrópicos e universidades privadas.

O próprio sucateamento da saúde pública com a ausência de concursos públicos para os trabalhadores da saúde nos remete ao questionamento para qual projeto de SUS esses PRMS têm contribuído. Nesse aspecto, Castro (2013, p. 168-169) pondera:

É notório que a Residência tem contribuído para qualificar o trabalho desenvolvido nos serviços de saúde e a construção do trabalho interdisciplinar. No entanto, a discussão acerca da Residência alerta para a necessidade de pensar a formação dos trabalhadores em saúde de forma geral, problematizar o entendimento sobre saúde e trabalho e refletir acerca dos impactos que direcionamento mercadológico às políticas de saúde tem gerado nas instituições e no próprio processo formativo da Residência.

A autora também destaca o quadro de subfinanciamento do SUS e o “ataque às políticas públicas de educação e de saúde, que trazem desdobramentos para a direção social

do processo formativo e para a organização das profissões, que passam a se pautar em uma lógica privatista e produtivista, secundarizando o ensino e a pesquisa”. (ibidem, p. 153)

Nesse sentido Letícia Batista Silva (informação verbal)²² coloca um aspecto fundamental sobre a Residência como “inovação” nesse contexto de contradições:

Eu quero retomar a questão de que eu entendo que a residência multiprofissional, ela é de fato uma inovação à medida que ela trata da necessidade de saúde e à medida que ela coloca diferentes disciplinas profissionais pensando uma necessidade de saúde que é a multifacetada, ela de fato atende o princípio da integralidade no SUS com uma forma concreta de realização deste princípio, contudo na hora que a gente analisa os elementos fundamentais da legislação dessa residência, o que está no núcleo duro é uma estrutura de formação pautada numa alta exploração do trabalho profissional, ainda que ela seja em si uma potência. Nesse contexto, para trazer mais uma questão que associa a residência a discussão mais ampla da educação e a discussão mais ampla da questão da política de trabalho. (Sic)

Atualmente as Residências estão vinculadas com diversas instituições de ensino e cada uma configura um distinto Projeto Político Pedagógico, isso está “garantido” desde a criação dos PRMS. Os moldes de avaliação, supervisão e regulação desses programas estão pautados pela Resolução nº 7, de 13 de novembro de 2014 (BRASIL, 2014b):

Valorização do caráter multiprofissional e da interdisciplinar do trabalho em saúde;
Organização de currículos integrados, por meio de metodologias participativas e interseções entre programas;
Desfragmentação dos núcleos profissionais;
Composição de interfaces entre as modalidades uniprofissional e multiprofissional nos programas de residência em área profissional da saúde e destes com os programas de residência médica;
Colaboração no desenvolvimento dos sistemas locais de saúde;
Valorização dos saberes das categorias profissionais minoritárias no SUS; e
Interação entre ensino, serviço e sociedade.

Segundo Mourão et al. (2009, p. 363), “esse Curso tem uma espinha dorsal composta pela grade de disciplinas indicadas pelo MEC e complementadas por outras, com o objetivo de fortalecer o processo de trabalho”. No mesmo texto ainda, é colocado que

O programa enfatiza a política de saúde, a metodologia científica, a ética profissional e o processo de trabalho, contribuindo para que seja intensificada a integração, na perspectiva da formação do trabalho coletivo.
Nucleando o trabalho das diferentes profissões como equipe de saúde, estamos incrementando a formação interdisciplinar, integrando conceitos, metodologias de pesquisa e formas de trabalho que são assimiladas pelo conjunto das profissões que passam a reproduzir de um modo novo aquilo que vivenciam na prática cotidiana (Ibidem, p. 363)

²² Palestra proferida por Letícia Batista Silva n Seminário Nacional sobre Residência em Saúde e Serviço Social realizado pelo CFESS e ABEPSS nos dias 04 e 05 de setembro de 2016. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=spCN5kgIE48>> Acesso em 28 de janeiro de 2017.

Por esse ângulo cabe colocar trazer à reflexão o entendimento de conceitos que também parecem chaves no tocante às residências *multiprofissionais*, tal como a multidisciplinaridade/multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade. Nesse aspecto, mencionamos a contribuição de Eduardo Vasconcelos (1997, p. 141-142):

A multidisciplinariedade (ou multiprofissionalidade) pode ser visualizada nas práticas ambulatoriais convencionais, onde profissionais de diferentes áreas trabalham isoladamente, em geral sem cooperação e troca de informações entre si, a não ser um sistema de referência e contra referência dos clientes, com uma coordenação apenas administrativa. [...]

A interdisciplinaridade, por sua vez, é entendida aqui como estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, com tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados. Exige a identificação de uma problemática comum, com levantamento de uma axiomática teórica/e ou política básica e de uma plataforma de trabalho conjunto, colocando-se em comum os princípios e os conceitos fundamentais, esforçando-se para uma decodificação recíproca da significação, das diferenças e convergências desses conceitos, e desta forma gerando uma fecundação e aprendizagem mútua, que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação dos elementos internos. [...]

Portanto, se a base de atuação se pauta no conceito ampliado de saúde e no entendimento da determinação do processo saúde e doença se propõe a ser condizente na prática em saúde, parece-nos que o conceito de interdisciplinaridade²³ é o mais coerente. Mas no caso da atuação em saúde nos tempos atuais, estamos falando de diversas formações distintas baseadas em projetos diversos para a saúde, em uma conjuntura em que o projeto determinante para o SUS se pauta no modelo flexibilizado e da reforma sanitária flexibilizada, que por sua vez, negam o conceito ampliado de saúde, bem como a determinação do processo saúde-doença.

Na regulamentação dos PRMS a nível nacional, identificamos que esse aspecto de se conduzir de forma muito ampla e genérica, da mesma forma que a própria concepção de saúde e de SUS, deixando a cargo de cada programa definir suas diretrizes que terão mais influência no processo de formação e prática dos residentes.

É importante ressaltar também que os cenários de práticas são os mais amplos em todo o Brasil, com inserção em todos os níveis de complexidade do SUS, como veremos no próximo tópico desse trabalho. Na prática, os residentes estarão em diversos cenários com distintos projetos de formação, dentro de prerrogativas com pouca garantia de carga-horária

²³ É importante ressaltar que Eduardo Vasconcelos faz uma contundente crítica a compreensão pós-moderna de interdisciplinaridade que acaba por negar a importância dos conhecimentos específicos. Nesse sentido cabe afirmar: “A proposta da interdisciplinaridade, ao reconhecer a complexidade dos fenômenos, está implicitamente reconhecendo de forma dialética a necessidade de olhares diferenciados para um mesmo objeto e, assim, não pode prescindir da especialização”. (VASCONCELOS, E., 1997, p. 144)

para reflexão teórica para superação dos dilemas postos no cotidiano no que tangem aspectos da multidisciplinariedade, interdisciplinaridade e principalmente sobre projeto de SUS nos mais diversos espaços desse complexo sistema. A nosso ver isso não é pouca coisa diante do contexto que apresentamos anteriormente. A disputa que encontramos no atual sistema de saúde do Brasil se expressa em menor ou em maior grau em todos os tentáculos do SUS.

O repasse de recurso público cedido pelo Ministério da Educação e da Saúde para formação de novos profissionais deveria, na perspectiva da Reforma Sanitária, em sua *essência*, atender às demandas de quem garante esse recurso, o povo brasileiro. Mas a priorização de um processo formativo em “forma” sem atrelar ao conteúdo, nos remete à hipótese de uma reprodução do que está posto: o fortalecimento de um projeto privatista, por vezes escamoteado no projeto da reforma sanitária flexibilizada.

Levantadas essas questões, voltamos ao objetivo de compreender como esses elementos se relacionam com o nosso trabalho.

2.3 – O Serviço Social na Política de Saúde e nos Cursos de Residência Multiprofissional em Saúde

Quanto ao Serviço Social nesse processo, salientamos a área da saúde como espaço de tradição na consolidação da categoria enquanto profissão no Brasil (BRAVO, 2011). Os PRMS surgem como mais um espaço para a inserção do Serviço Social nessa área.

Trataremos nesse tópico de fazer a relação do Serviço Social enquanto profissão inserida na área da saúde relacionando os aspectos com os quais desenvolvemos nos tópicos anteriores. Vamos retomar alguns elementos históricos da construção do projeto ético-político do Serviço Social no Brasil para compreensão desse debate na atualidade, no entanto precisamos focar nos aspectos tocante dos anos 1980 em diante a fins de seguir no propósito do presente estudo.

É importante afirmar que desde a sua origem enquanto profissão no Brasil o Serviço Social é fortemente marcado pelas influências do conservadorismo. No período da década 1970 a profissão passa por um processo importante de renovação que instiga a reconstrução da profissão. José Paulo Netto (2011b) sinaliza três direções: i) a *perspectiva modernizadora*, tem como referência as matrizes “neopositivistas norte-americanas”, expressa nos documentos de Araxá e Teresópolis, se pauta no escopo de adequação da profissão ao desenvolvimento capitalista; ii) *reatualização do conservadorismo*, de inspiração

fenomenológica, essa tendência opera com uma falsa roupa de modernidade, recuperando a derivação do pensamento católico no interior da profissão e; iii) *intenção de ruptura*, com base no método marxista se propõe a romper com o pensamento conservador da profissão.

A luta pela democracia na sociedade brasileira, encontrando eco no corpo profissional, criou o quadro necessário para romper com o quase monopólio do conservadorismo no Serviço Social: no processo da derrota da ditadura se inscreveu a primeira condição- a condição- política- para a constituição de um novo projeto profissional (NETTO, 2009, p. 150)

O período seguinte é marcado por uma série de disputas internas no âmbito da categoria. Não podemos deixar de mencionar o famoso Congresso da Virada, o Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais que ocorreu em 1979, e significou o rompimento com o conservadorismo, onde as posições da tendência “*intenção de ruptura*” foram expressivamente vitoriosas. Na década de 1980, o Serviço Social teve uma ascensão em sua produção teórica, principalmente na pós-graduação. O pensamento marxista passou a hegemonizar o meio intelectual e também os espaços de debate da categoria (NETTO, 1996). A perspectiva marxista amadurece nas questões que tangem o Serviço Social enquanto profissão inserida na divisão sócio técnica do trabalho fazendo a fundamental interlocução com a totalidade social. (IAMAMOTO, 2014). Essa direção é basilar ao nosso atual projeto ético-político.

A profissão é tanto um dado histórico, indissociável das particularidades assumidas pela formação e desenvolvimento da sociedade brasileira quanto resultante dos sujeitos sociais que constroem sua trajetória e redirecionam seus rumos [...] ela se configura e se recria no âmbito das relações entre o Estado e a sociedade, fruto de determinantes macrossociais que estabelecem limites e possibilidades ao exercício profissional inscrito na divisão social e técnica do trabalho e apoiado nas relações de propriedade de que a sustentam. (IAMAMOTO, 2009, p. 171, grifos da autora)

É incontestável o reconhecimento do Código de Ética de 1993 como uma sistematização do projeto ético-político do Serviço Social. Neste código constam princípios fundamentais que devem guiar a categoria na defesa da democracia, justiça social, igualdade, equidade, direitos civis e políticos, universalidade das políticas sociais, repúdio aos tipos de preconceito e discriminação (BRASIL, 2012). Porém, esses princípios não se apresentam de forma solta e desarticuladas, se relacionam com a necessidade de perspectiva da emancipação humana quando vincula o projeto profissional “[...] ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero” (BRASIL, 2012, p.24).

Não obstante desse entendimento, em 1996 são lançadas as Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social pela ABEPSS (1996, p. 8), destacam-se os núcleos de formação que devem permear a formação profissional: “i) núcleo de fundamentos teórico-metodológicos da

vida social; ii) núcleo de fundamentos da particularidade da formação sócio histórica da sociedade brasileira; e iii) núcleo de fundamentos do trabalho profissional. ” Nesse sentido, o mesmo documento sustenta a importância de desenvolver esses núcleos a partir da compreensão do legado da teoria social crítica.

Estamos falando de dois documentos expressivos no que tange hoje o Serviço Social, que significam o projeto hegemônico da categoria, mas que fazem parte de um intenso acúmulo no interior da categoria. Segundo Netto (2009, p.148, grifos do autor):

Esta remissão aos Códigos de Ética é importante no tratamento dos componentes dos projetos profissionais para esclarecer dois aspectos relevantes. O primeiro refere-se ao fato de que os projetos profissionais requerem sempre uma fundamentação de valores de natureza explicitamente ética- porém, esta fundamentação, sendo posta nos Códigos, não se esgota neles, isto é: *valoração ética atravessa o projeto profissional como um todo, não constituindo um mero segmento particular dele.*

O segundo diz respeito a que os elementos éticos de um projeto profissional não se limitam a normativas morais e/ou prescrições de direitos e deveres: eles envolvem, ademais, as opções teóricas, ideológicas e políticas dos profissionais como *ético-políticos* revela toda a sua razão de ser: uma indicação ética só adquire efetividade histórico-concreta quando se combina com uma direção político-profissional.

Contudo, por mais que toda profissão tenha um projeto hegemônico que a representa, não quer dizer que ela seja composta por uma massa homogênea de pensamento único. Nas palavras de Netto (ibidem, p. 145), “o corpo profissional é uma unidade não-homogênea, uma unidade de diversos; nele estão presentes projetos individuais e societários diversos e, portanto, configura um *espaço plural* do qual podem surgir projetos diferentes”. Assim, a garantia da *pluralidade* se faz fundamental para a realização do debate e discussão das divergências e contradições inerentes às disputas de projetos. Nessa perspectiva, a hegemonia deve ser afirmada e legitimada a partir de uma base de debate democrático que garanta a pluralidade de ideias, a qual não deve ser confundida com o ecletismo, que se propõe como uma fusão acrítica de ideias e concepções que em profundidade são conflitantes e incoerentes.

Sendo assim, o Serviço Social se consolida enquanto profissão sofrendo bruscas transformações no interior da categoria que perpassam e se relacionam com o desenvolvimento do capital, sofrendo suas contradições.

A década de 1990 e os anos 2000, como percebemos no primeiro tópico desse capítulo são permeados por uma série de desmontes da ofensiva do capital. De acordo com Iamamoto (2014, p. 107) “essas novas condições históricas metamorfoseiam a *questão social* inerente ao processo de acumulação capitalista, adensando-a de novas determinações e relações sociais historicamente produzidas” trazendo à profissão desafios para compreender o significado

desse processo e qualificar a sua atuação.

Os períodos caracterizados pela década de 1990 e 2000 para o Serviço Social seguiram como intensos desafios no campo do exercício profissional no sentido de concretizarem do projeto ético político optado pela categoria. Vasconcelos (2011, p. 416) coloca:

Seguimos afirmando, e infelizmente confirmamos, que os assistentes sociais, mesmo optando por articular seu trabalho aos interesses e necessidades dos usuários, não têm tido condições objetivas- a partir de uma leitura crítica da realidade social- de captar possibilidades de ação contidas nessa realidade, visto que não se apropriam e/ou não estão se apropriando do referencial teórico necessário e com qualidade suficiente para uma análise teórico-crítica da sociedade na sua historicidade, o que vem impossibilitando a previsão, projeção e, conseqüentemente, a realização de um trabalho que rompa com práticas conservadoras.

É importante colocar que a autora faz esta afirmação imprimindo as dificuldades e lacunas para a efetivação do projeto ético-político, inclusive para pensar formas de superação desse quadro para o fortalecimento da profissão nessa perspectiva. Nessa análise, em coerência com o materialismo histórico-dialético, as causas desse processo não se estabelecem de forma unicausal.

Isto posto, vejamos como esses elementos se relacionam com o Serviço Social na Política de Saúde e conseqüentemente nos Programas de Residência. Através da explicitação que desenvolvemos até agora neste trabalho sobre o atual projeto ético-político do Serviço Social, percebemos que coaduna com os princípios defendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária. De acordo com Matos (2013, p. 102)

Assim, mesmo que distintos- uma vez que o Projeto ético-Político do Serviço Social é de uma corporação profissional e o da reforma sanitária seja um projeto de política social que se materializa também como serviço – ambos os projetos têm uma clara concepção de mundo e de homem, com uma nítida vinculação a um projeto societário não capitalista, apontando para o socialismo como alternativa.

Ainda que o MRS e a tendência “intenção de ruptura” dentro do Serviço Social tenham tomado forma no mesmo contexto histórico, os assistentes sociais tiveram pouca inserção junto ao MRS na década de 1980. Segundo Bravo (2011) a categoria estava passando por um período de mobilização, havendo debates intensos sobre diversos conceitos, inclusive com debate em relação a saúde, a categoria chegou a se articular em organizações com outras profissões como em espaços com a ABRASCO, o Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS) participou com outras categorias de espaços importantes da política de Saúde, também houveram representações da categoria na 8ª Conferência Nacional de Saúde, no entanto não se inseriu ativamente junto ao MRS. De acordo com Bravo (2011) alguns

aspectos de falta de maturação do debate marxista e uma análise simplista da correlação da luta de classes, como a negação de espaços como as Conferências de saúde que eram tratados como da “ordem” e sem condições de disputa pela categoria, acabou por influir nessa posição mais recuada da luta mais geral da saúde.

Já a partir dos anos 1990, “podemos afirmar que há uma incorporação pelos assistentes sociais dos princípios da reforma sanitária, que se constituem, na sua maioria, dos princípios do SUS” (MATOS, 2013, p. 59). Mas como já evidenciamos, o projeto político econômico consolidado no Brasil nessa década é o de ofensiva do capital, o qual “entra em confronto diretamente com o projeto profissional hegemônico no Serviço Social, tecido desde a década de 80 e com o projeto da reforma sanitária” (BRAVO; MATOS, 2009, p.205).

Percebemos que o projeto privatista se concretizou diversas vitórias ao seu favor na história do SUS, trazendo para a prática do assistente social uma série de demandas que confrontam a perspectiva crítica da profissão, tais como a "seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais” (Ibidem, p. 206).

Dessa forma, Soares (2013, p. 112) apresenta uma análise importante para nós sobre aos assistentes sociais nesse contexto:

Aos assistentes sociais da saúde pública inseridos num sistema cuja racionalidade hegemônica pauta-se por essas estratégias perspectivas- que podem aqui ser considerados como determinações que delimitam e incidem sobre a atuação profissional- o espaço de articulação e intervenção estratégica e crítica fundada numa racionalidade contra hegemônica fica cada vez mais restrito, dado o peso dessas velhas e novas determinações.

Os rebatimentos no debate da atuação do Serviço Social na saúde tomam força e se expressam em basicamente três vertentes que contrariam o projeto hegemônico da categoria, nesse aspecto Bravo e Matos (2009, p. 211) apontam que

a crítica ao projeto hegemônico da profissão passa pela reatualização do discurso da cisão entre o estudo teórico e a intervenção, pela descrença da possibilidade da existência de políticas públicas e , sobretudo, na suposta necessidade da construção de um saber específico na área da saúde, que caminha tanto para a negação original em Serviço Social ou deslancha para um trato exclusivo de estudos na perspectiva da divisão clássica da prática médica.

Nesse sentido, entendemos como fundamental a retomada do documento “Os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” (2013) fruto de um importante debate dentro da categoria, demarca que o Serviço Social, não só no campo da

saúde, reconhece como fundamental identificar os elementos da realidade posta de forma crítica para orientar suas ações no horizonte emancipatório apontado no atual projeto ético-político. Na mesma perspectiva, é ressaltada a necessidade de o trabalho do assistente social na saúde ter como base a busca pela criatividade e incorporar conhecimentos articulados aos projetos da reforma sanitária e ético político da profissão. Conforme Bravo e Matos (2009) “É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários”. (BRAVO; MATOS, 2009, p. 213)

Atualmente as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), nas mais diversas ênfases, têm absorvido um relevante quantitativo de assistentes sociais. Em discurso proferido por Letícia Batista Silva²⁴ (informação verbal), a profissional coloca que a estimativa atual é de 800 assistentes sociais residentes, ainda esses números apresentavam grande propensão de crescimento até 2017.

A categoria, representada pelo CFESS e ABEPSS, tem apresentado alguns espaços de amplo debate importante no que diz respeito às residências a nível nacional, tal como o Seminário Nacional sobre Residência em Saúde e Serviço Social realizado pelo CFESS e ABEPSS nos dias 04 e 05 de setembro de 2016 e Oficinas da ABEPSS. A nível regional existem iniciativas envolvendo também a ABEPSS e os CRESS.

No próximo capítulo, com o propósito da pesquisa de identificar as tendências teórico-políticas do SUS nos TCRs escritos por assistentes sociais, buscaremos relacionar os nexos com os aspectos levantados nesse tópico também.

²⁴ Palestra proferida por Letícia Batista Silva no Seminário Nacional sobre Residência em Saúde e Serviço Social realizado pelo CFESS e ABEPSS nos dias 04 e 05 de setembro de 2016. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=spCN5kgIE48>> Acesso em 28 de janeiro de 2017.

2- As tendências teórico-políticas do SUS nos Cursos de Residência a partir do Serviço Social

3.1- As produções do Serviço Social nos Cursos de Residência

Conforme destacamos na introdução deste trabalho, nosso objetivo compreende em conhecer as tendências teórico-políticas do SUS nos TCRs produzidos por assistentes sociais nos Programas de Residências Multiprofissionais. Identificamos até agora, a partir da análise bibliográfica realizada no primeiro tópico do segundo capítulo, que o SUS é um complexo sistema envolto nas contradições do Estado brasileiro. Se pretendemos reivindicar sua importância ou realizar as críticas sobre seu desenvolvimento desde sua criação e seus reflexos para o povo brasileiro, não podemos compreendê-lo abstratamente, pois ele se constitui em disputas de projetos político-ideológicos que refletem cotidianamente na política de saúde em seus diversos espaços. Destacamos que a partir dos anos 2000, existem três grandes projetos em confronto, os quais chamamos de tendências teórico-políticas: reforma sanitária, reforma sanitária flexibilizada e privatista.

No segundo capítulo, pudemos perceber que esses Programas passaram por um acentuado processo de crescimento nos últimos anos, se consolidando como um modelo de formação significativo no tocante ao SUS. Diversas profissões compõem esse quadro “multiprofissional”, com distintos projetos profissionais²⁵. Buscamos trazer os aspectos do projeto ético-político do Serviço Social e associar aos projetos em disputa do SUS. Ficou evidente a relação entre o atual projeto da profissão com a perspectiva da Reforma Sanitária. No entanto, isso não quer dizer que por proclamação esses projetos estejam sendo efetivados e trazidos à tona nas dimensões da profissão.

Para compreendermos a particularidade dessas questões nas residências multiprofissionais em saúde, nesse momento optamos por trazer a discussão a partir dos TCRs em formato de monografia ou artigo, entendendo estes documentos como uma expressão da formação nos PRMS. Durante o percurso da pesquisa tivemos dificuldades por não ter acesso

²⁵ “É importante ressaltar que os projetos profissionais também têm elimináveis *dimensões políticas*, seja no sentido amplo (referido às suas relações com os projetos societários), seja em sentido estrito (referido às perspectivas particulares da profissão). Porém, nem sempre tais dimensões são explicitadas, especialmente quando apontam para direções conservadoras ou reacionárias. Um dos traços mais característicos do conservadorismo consiste na negação das dimensões políticas e ideológicas.” (NETTO, 2009, p. 145)

a informações oficiais sobre o panorama dos PRMS no Brasil. Pretendíamos através de um panorama nacional, identificar em quais programas o Serviço Social está inserido, coletar os endereços eletrônicos das coordenações dos Programas e então solicitar os trabalhos que poderiam ser disponibilizados por meio eletrônico. Isso porque já havíamos constatado a ausência de um repositório com o armazenamento dos TCRs produzidos.

Sendo assim, para acessar aos TCRs recorremos ao contato pessoal e direto com sujeitos inseridos, ou que já fizeram parte, de algum PRMS, seja residente, preceptor, tutor ou coordenado. Nossa participação em alguns espaços de debates coletivos sobre os Programas de Residência, como Encontro Nacional de Residências em Saúde e Oficina Nacional da ABEPSS propiciaram a aproximação com profissionais de diversos programas pelo Brasil, garantindo o primeiro contato e por conseguinte a cópia de TCR. Também procuramos por programas sites de busca na internet, que quando identificado como Programa de Residência Multiprofissional, fizemos contato via e-mail, com exceção dos trabalhos que já estavam diretamente disponíveis nos sites dos Programas. Nos contatos oficializados por correio eletrônico, enviamos também uma carta (apêndice A) assinada pelo presidente da COREMU que fazemos parte, pela orientadora e residente, explicitando o caráter da pesquisa e solicitando o acesso por meio eletrônico aos trabalhos produzidos por assistentes sociais.

Ao todo foram enviados 28 e-mails correspondentes ao número de Programas que conseguimos acessar no Brasil, obtendo somente 08 respostas, a saber: i) 02 PRMS ainda não tinham residentes concluintes, um programa havia sido inaugurado em 2015 e o outro em 2016; ii) 01 programa estava em processo de catalogação dos trabalhos e ainda não tinha como disponibilizar por meio digital; iii) 01 programa só possuía os trabalhos impressos, não podendo disponibilizar online; iv) 01 programa disponibilizou os trabalhos digitalizados realizados pelas equipes multiprofissionais, pois o programa não realiza TCRs individuais por categoria; i) 03 disponibilizaram os trabalhos

Os trabalhos de outro programa (01) obtivemos por contatos individuais com os residentes, não conseguindo acessar aos restantes por não obter retorno do e-mail enviado à coordenação (entre os 28 que mencionamos anteriormente). Também acessamos mais (03) trabalhos por pesquisa realizada diretamente em um canal de busca na internet, não tivemos resposta oficial dos programas sobre a possibilidade de acesso a outros trabalhos ²⁶. Por fim,

²⁶ Google: <http://www.google.com.br/>. Optamos por não mencionar todos os programas que buscamos contato e não obtivemos resposta justamente por se tratar de meios de buscas informais, sem a certeza acessamos os

acessamos por contato direto aos TCRs do Programa que fazemos parte, o Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFSC. Na mesma instituição, UFSC, fica localizado o Programa de Residência Integrada Multidisciplinar em Saúde, vinculado ao Hospital Universitário, do qual conseguimos acessar aos TCRs via e-mail, dentre os 03 contatos com retorno que mencionamos no parágrafo anterior.

Utilizamos como critério único de exclusão os TCRs que foram realizados por equipes multiprofissionais. Ao total localizamos 35 trabalhos das seguintes instituições e Programa conforme a tabela abaixo:

Tabela 2- Programas de Residência, universidades, ano de conclusão dos TCR e número de TCR conseguidos para este estudo acessados por meio eletrônico.

Instituição	Título do Programa	Ano	Nº TCRs
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)	Residência Multiprofissional em Saúde da Família	2015	02
		2016	01
	Residência Integrada Multiprofissional em Saúde HU	2012	01
		2013	02
		2014	01
		2015	02
		2016	06
Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC) - SC	Residência Multiprofissional em Saúde da Família	2014	01
		2015	01
Universidade de Santo Amaro (UNISA) - SP	Residência Multiprofissional em Emergências Clínicas e Trauma	2016	01
Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)	Residência Multiprofissional em Saúde Mental	2016	01
	Residência Multiprofissional Saúde da Criança e do Adolescente	2014	01
		2016	01
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)	Residência Integrada Multiprofissional em Saúde	2012	02
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS)	Residência Multiprofissional de Saúde em Cuidados Integrados	2016	01
Escola de Saúde Pública do Ceará	Residência Integrada em Saúde- Ênfase em Saúde da Família e Comunidade	2015	11
Total			35

Fonte: elaboração própria

endereços eletrônicos corretos ou se estes programas ainda estão ativos, correndo risco exposições desnecessárias.

Percebemos que os trabalhos a serem analisados são oriundos, em sua maioria, de programas vinculados às universidades, sendo 04 universidades públicas federais, 01 privada e 01 comunitária. Outra instituição é vinculada a uma Secretaria de Estado da Saúde.

As informações expostas na tabela 02 também mostram que tivemos acesso aos trabalhos de programas vinculados, em maior parte, à Saúde da Família/Saúde da Família e Comunidade, totalizando 16 TCRs de 03 programas distintos.

Estamos nos referindo a identificação de TCRs no aspecto mais amplo, porém como mencionamos anteriormente, eles podem ser em formato de artigo ou trabalho. Nesse sentido, a configuração geral dos trabalhos mencionados é da seguinte forma: 21 artigos e 14 trabalhos monográficos.

Para a análise desses TCRs, inicialmente fizemos uma breve leitura destacando os seguintes aspectos: ano, título, palavras-chaves, objetivos, metodologia e principais referências bibliográficas. Posteriormente, com base nos títulos, palavras-chaves e objetivos, agrupamos os trabalhos com mais proximidade temática. Elencamos estes grupos com a finalidade de facilitar a pesquisa das tendências teóricas-políticas do SUS nestes trabalhos, assim como a sua exposição. Feito isso, revisitamos esses trabalhos, extraímos elementos que relacionam com a política de saúde e suas tendências, identificando os nexos com o Serviço Social e depois, então, trouxemos para análise mais geral. Ainda nesse percurso metodológico, é importante colocar que no segundo momento buscamos fazer as relações dos aspectos identificados no primeiro momento de forma articulada com o todo do trabalho. Não podemos incorrer de analisa cada elemento de maneira isolada do conteúdo geral e proposta de cada trabalho e sua proposta de conteúdo.

3.2- Os TCRs de Serviço Social

As temáticas identificadas a partir dos títulos, palavras-chaves e objetivos foram abordadas dessa forma: Serviço Social na atenção básica em saúde/ Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF); Exercício profissional do assistente social: competências e atribuições, atuação com crianças e adolescentes e terapia comunitária; Residência Multiprofissional em Saúde: atuação e formação; Mulheres e questão de gênero na saúde; Processos de trabalho na Atenção Básica; Média e alta complexidade: integralidade, Política Nacional de Humanização, interdisciplinaridade e referência e contra-referência; Atenção e cuidados em saúde; e Outros: concepção de demanda em Saúde Mental; representações sociais e dependência química na Estratégia de Saúde da Família.

Cabe reiterar que agrupamos dessa maneira para fins analíticos e de apresentação do trabalho, de forma que avaliamos ser mais condizente com o material coletado e finalidade dessa pesquisa.

3.2.1 Serviço Social na atenção básica em saúde/ Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF)

Tabela 3- Serviço Social na atenção básica em saúde/ Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF), Trabalhos de Conclusão de Residência, por ano, títulos e palavras chave.

Numeração	Ano	Título	Palavras chave
TCR 01	2015	O Assistente Social do NASF e a Intersetorialidade: um estudo a partir da Residência Multiprofissional em Saúde da Família	Intersetorialidade; Atenção Básica; SUS; Núcleo de Apoio a Saúde da Família; Serviço Social.
TCR 03	2016	O Serviço Social e a atuação profissional na atenção básica à saúde e na proteção básica da assistência social	Não consta
TCR 11	2015	Percepção de profissionais das equipes saúde da família do município de Horizonte-CE sobre a atuação do assistente social na Atenção Básica	Serviço social; Atenção básica; Matriciamento.
TCR 13	2015	Atuação do Serviço Social no NASF do município de Iguatu- CE: demandas e desafios profissionais	Atenção Primária; Escuta Qualificada; Acolhimento; Integralidade.
TCR 16	2015	O cotidiano de trabalho do Serviço Social no Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF	NASF; Serviço Social; e prática profissional.

Fonte: elaboração própria

Dos 16 TCRs vinculados aos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Família/ Saúde da Família e Comunidade que tivemos acesso, encontramos 05 trabalhos que trazem a reflexão do exercício profissional do assistente social na Atenção Básica em Saúde/ Atenção Primária em Saúde e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

OS TCRs 01 e TCR 03 são apresentados em formato de trabalho monográfico e trazem aspectos sobre a intersetorialidade. A autora do TCR 01 relaciona a Política de Saúde com as Políticas de Educação, Assistência Social e Criança e Adolescente, em sua proposta de trabalho, faz uma revisão bibliográfica das políticas e relata a experiência enquanto residente

inserida junto ao NASF em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). O TCR 03 refere, através de uma revisão bibliográfica sobre a Política de Saúde e de Assistência Social e o exercício profissional do assistente social nessas duas políticas, através dos serviços NASF e Programa de Atenção Integral à Família (PAIF).

Os TCR 13 e TCR 16 são dois artigos que discutem o exercício profissional do assistente social no NASF. O TCR 13 consiste em um relato de experiência e traz alguns conceitos em relação a prática profissional como escuta qualificada e acolhimento. O TCR 16 trata-se de uma pesquisa qualitativa de campo, na qual são realizadas entrevistas com assistentes sociais atuantes no NASF. Já o TCR 11, consiste em um artigo que busca compreender como os profissionais das equipes básicas de Saúde da Família percebem a atuação do Serviço Social através de uma pesquisa de campo, com questionários semiestruturados.

Percebemos que todos os 05 trabalhos trazem em seus textos elementos Cadernos da Atenção Básica nº 27 (BRASIL, 2010) ou dos Cadernos da Atenção Básica nº 39 (BRASIL, 2014) como uma base da atuação do assistente social na ABS. Quanto à relação com Parâmetros de Atuação de Assistente Sociais na Saúde (CFESS, 2013), é notório somente nos TCR 03, TCR 11 e TCR 16.

Com exceção do TCR 16, os demais abordam os aspectos históricos do SUS, refletindo, ainda que alguns mais brevemente, sobre o MRS e o período de consolidação do SUS, seus princípios e diretrizes com a Carta Magna de 1988, e as leis 8.080/1990 e 8.42/1990. No entanto percebemos com mais clareza que somente o TCR 03 apresenta reflexões mais evidentes que o SUS é um sistema que sofre constantes processos de disputa no âmbito político e ideológico.

É notório também que a maioria dos trabalhos apresentam reflexões importantes sobre o exercício profissional do Serviço Social na Atenção Primária em Saúde/ Atenção Básica através do NASF. No entanto, apesar de trazerem aspectos históricos e dos marcos legais do SUS, há pouco diálogo com aspectos estruturantes da Política de Saúde e demais políticas sociais, como os limites de implementação, reflexo dos aspectos econômicos e políticos mais amplos que refletem diretamente nesses processos. Mas ainda percebemos que dois TCRs fazem a abordagem sobre a precarização do trabalho e debilidades estruturantes na consolidação das Políticas Sociais conquistada na Constituição de 1988.

Consideramos importante expor também que em nenhum trabalho contatamos a proposta teórico-metodológica de análise das pesquisas ou relatos. Já em relação as

referências bibliográficas identificamos algumas que foram presentes em mais de um TCR visitados: Maria Inês Bravo, Regina Célia Mioto, Maria José de Oliveira, Carmelita Yasbeck, Ana Elizabeth Mota, Yolanda Guerra, , Tânia Regina Kruger e Jairnilson Paim.

3.2.2 Exercício profissional do assistente social: competências e atribuições, atuação com crianças e adolescentes e terapia comunitária

Tabela 4- Exercício profissional do assistente social: competências e atribuições, atuação com crianças e adolescentes e terapia comunitária em Trabalhos de Conclusão de Residência, por ano, títulos e palavras chave

Numeração	Ano	Título	Palavras chave
TCR 06	2016	O trabalho do/a assistente social no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Unifesp: competências e atribuições	Competência e Atribuições; Saúde Mental; Serviço Social.
TCR 07	2016	A atuação do serviço social com crianças e adolescentes em situação de violência doméstica no Hospital São Paulo: entre as possibilidades e desafio	Violência Doméstica Contra Criança e Adolescente; Serviço Social e Política de Saúde
TCR 18	2015	A terapia comunitária sistêmica integrativa na prática profissional do assistente social – relato de experiência	Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa; Serviço Social; Sistema Único de Saúde.

Fonte: elaboração própria

Os TCR 06 e TCR 07 consistem em trabalhos monográficos sobre o trabalho do assistente social em dois espaços distintos da Política de Saúde. O TCR 18 compreende em um artigo em formato de relato de experiência, com caráter exploratório e descritivo.

O TCR 06 tem o enfoque em conhecer o trabalho do/a assistente social na área de Saúde Mental, suas concepções teóricas e instrumentais utilizadas no exercício profissional. O trabalho foi realizado através de uma pesquisa qualitativa e de campo. O autor resgata, a partir da teoria social crítica, aspectos históricos das Políticas de Saúde e Política de Saúde Mental, refletindo sobre os marcos da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica. Também procura relacionar em todo seu trabalho o exercício profissional do assistente social em Saúde Mental com o atual projeto ético-político da profissão, bem como as categorias marxistas de análise. As referências bibliográficas mais marcantes neste TCR são: Maria Inês Bravo, Paulo Amarante. Eduardo Mourão Vasconcelos e Augusto Bisneto.

O TCR 07 é uma revisão de literatura sobre os direitos de crianças e adolescentes, com abordagem na violência doméstica e uma pesquisa de campo com Assistentes Sociais que atendem crianças e adolescentes em situação de violência doméstica em instituição Hospitalar. A autora elege o método marxista para o desenvolvimento do TCR. No decorrer do trabalho, são abordados o histórico sobre o direito das crianças e adolescentes, da política de saúde e também do Serviço Social nessa Política, dialogando com os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. As principais referências bibliográficas presentes nesse trabalho são: Maria Liduina de Oliveira e Silva, José Paulo Netto, Maria Inês Bravo, Maurílio de Castro Matos. Joaquina Barata Teixeira e Marcelo Braz.

A proposta do TCR 18 reside em relatar a experiência da Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa como ferramenta utilizada por assistente social e discute a Resolução do CFESS 569/2010 que dispõe “sobre a vedação da realização de terapias associadas ao título e/ou ao exercício profissional do assistente social”. A autora remete ao Serviço Social Clínico como uma concepção do exercício profissional, que em sua perspectiva, está de acordo com o Código de Ética dos Assistentes sociais e com a lei que regulamente a profissão. As principais referências bibliográficas trabalhadas no artigo são Marli Terezinha Stein Backes, Maria Cristina Rocha Barreto, ao mesmo tempo que também aborda Marilda Vilela Iamamoto, Maria Inês Bravo e Maurílio de Castro Matos.

Percebemos que os três trabalhos têm referências comuns como Maria Inês Bravo e Maurílio de Castro Matos, tal como mencionam em seu desenvolvimento Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. No entanto, a perspectiva do TCR 18 destoa agudamente dos TCR 06 e TCR 07, que enquanto estes se apresentam na perspectiva do atual projeto ético-político, naquele concebemos uma perspectiva de caráter ecletista, na defesa do Serviço Social Clínico na Política de Saúde. Da mesma forma que percebemos somente nos TCR 06 e TCR 07 a interlocução com os princípios da Reforma Sanitária, debilidades estruturantes do SUS atual e processo de disputas políticas e ideológicas.

3.2.3 Residência Multiprofissional em Saúde: atuação e formação

Tabela 5- Residência Multiprofissional em Saúde: atuação e formação em Trabalhos de Conclusão de Residência por ano, títulos e palavras chave.

Numeração	Ano	Título	Palavras chave
------------------	------------	---------------	-----------------------

TCR 04	2016	O trabalho em equipe no âmbito hospitalar: experiências e desafios do Programa de Residência Multiprofissional em Emergências Clínicas e Traumas	Residência Multiprofissional, Residente, SUS e atuação
TCR 05	2014	A Residência Multiprofissional em Saúde: um espaço privilegiado para a formação profissional	Trabalho, Residência Multiprofissional, saúde.
TCR 10	2015	A participação das comunidades e o conselho local de saúde (CLS): a experiência do serviço social na residência multiprofissional de saúde em Tauá-CE	Conselho Local de Saúde, Participação Social e Residência Multiprofissional
TCR 20	2015	Percepções sobre a Residência Multiprofissional Saúde da Família e Comunidade: “vem para oxigenar a Saúde da Família”	Sistema Único de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Residência
TCR 23	2016	A Percepção da Equipe do Programa de Residência Multiprofissional em Área de Saúde: Cuidados Continuados Integrados sobre o trabalho do Assistente Social	Serviço Social, Pessoal em Saúde, Educação em Pós-graduação
TCR 29	2013	O processo de formação profissional do assistente social em residência	Residência Integrada Multiprofissional em Saúde; Formação Profissional; SUS; Serviço Social.

Fonte: elaboração própria

Como consta no subtítulo, esse eixo temático de discussão é referente aos TCRs elaborados sobre as próprias Residências. Nos chamou atenção por ser o com maior número de TCRs entre as temáticas. Constituem-se como trabalhos monográficos os TCR 04, TCR 05, TCR 23 e TCR 29, enquanto os TCR 10 e TCR 20 são em formato de artigo.

Os TCR 04, TCR 05 e TCR 20 fazem uma relação com a Residência Profissional no aspecto mais amplo, não referindo somente ao Serviço Social. É perceptível nos três TCRs a abordagem da residência em suas potencialidades e limites, assim como a precarização do trabalho, debilidades na formação e problemáticas da carga horária. Ainda sobre os três trabalhos, identificamos que somente os TCR 04 e TCR 05 resgatam aspectos históricos da Política de Saúde e relacionam com os desafios do SUS na atualidade como um espaço de constante disputa, nestes dois trabalhos também constatamos uma relação constante com os princípios do SUS e seus desafios.

O TCR 04 compreende em uma pesquisa de campo qualitativa, no qual foram realizadas entrevistas com os residentes do programa em que a autora estava inserida. Os principais autores utilizados foram Taísa Closs, Maria Inês Bravo, Jairnilson Paim, Carmem Teixeira e Maria Lúcia Martinelli.

No TCR 05 constatamos a predominância das seguintes referências bibliográficas: Ricardo Antunes, Sérgio Lessa, Mauro Iasi, Bravo, Emir Sader. A proposta do trabalho consiste refletir sobre a formação e serviço nos PRMS a partir de entrevistas com residentes.

No TCR 20 é realizado um estudo qualitativo que utiliza questionários e entrevistas semiestruturados com profissionais de equipes de Saúde da Família que receberem residentes. Os principais autores utilizados no decorrer do trabalho foram K.B.C Batista, O.S.J. Gonçalves; A. L Abrahão, M. S. Oliveira ²⁷ e Ricardo Ceccim

Já os TCR 10, TCR 23 e TCR 29, tratam a respeito das Residências Multiprofissionais em Saúde e o Serviço Social nesse processo. O TCR 10 é um relato de experiência da autora enquanto residente na articulação do Conselho Local de Saúde (CLS) UBS, as principais referências são documentos do Ministério da Saúde sobre controle social e autores como Soraya Maria Vargas Cortes, Pedro Damo e Ana Lúcia Pereira.

O estudo do TCR 23 é denominado como descritivo quantitativo um questionário com profissionais residentes enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos sobre as suas percepções em relação ao processo de trabalho do serviço social. As principais referências bibliográficas foram: Ricardo Ceccim, Maria Lúcia Martinelli, Marilda Vilela Iamamoto e Maurílio Castro Matos.

O TCR 29 consiste em uma pesquisa exploratória, sendo os dados coletados através de grupo focal e entrevista semiestruturada. O trabalho objetivou refletir a respeito da formação profissional na Residência Multiprofissional em Saúde e realizou a pesquisa com residentes, preceptores e tutores relacionados ao programa que a autora estava inserida. As principais referências que identificamos ao longo do trabalho foram: Ricardo Ceccim, Marilda Vilela Iamamoto, Maria Inês Bravo, Vera Maria Ribeiro Nogueira, Regina Célia Mioto e Tânia Regina Krüger.

Nesses últimos três TCRs citados percebemos que há uma reflexão do exercício profissional do assistente social na Saúde a partir dos Parâmetros para atuação de assistentes

²⁷ Escrevemos somente as iniciais dos primeiros nomes por serem autores desconhecidos por nós, só constarem de tal forma no trabalho e não serem localizados os nomes completos por nós.

sociais na Política de Saúde, no entanto, percebemos a interlocução crítica presentes apenas nos TCR 23 e TCR 29. Somente nesses dois trabalhos constamos também aspectos de reflexão sobre as residências, como a precarização dos serviços de saúde, falta de contratação de profissionais, problemáticas sobre a carga horária dos residentes e condições de trabalho e formação. No entanto percebemos que apenas o TCR 29 resgata aspectos históricos da Política de Saúde e traz à luz a importância da retomada dos princípios da Reforma Sanitária.

Embora o TCR 10 seja o único dentre os 35 trabalhos que encontramos nos PRMS que aborde o tema “controle social”, percebemos pouca articulação da temática na perspectiva crítica, não abordando os limites e potencialidades do controle social no tangente às disputas do SUS, tampouco refletindo sobre a Reforma Sanitária.

3.2.4 Mulheres e questão de gênero na saúde

Tabela 6- Mulheres e questão de gênero na saúde em Trabalhos de Conclusão de Residência, por ano, títulos e palavras chave.

Numeração	Ano	Título	Palavras chave
TCR 21	2012	Mulheres soropositivas: um olhar para sua sexualidade	Mulheres; Soropositividade para o HIV; Sexualidade.
TCR 22	2012	Uma análise da trajetória de mulheres com câncer de colo uterino na saúde pública do município do Rio de Janeiro	<i>Não consta</i>
TCR 32	2016	Quanto pesa a mulher com obesidade?	Obesidade; Pobreza; Identidade De Gênero.
TCR 34	2016	Violências de gênero: como os/as profissionais de saúde a identificam	Violências De Gênero; Violências Contra A Mulher; Maternidades
TCR 35	2016	As experiências das mulheres sobre o processo de adoecimento por câncer de colo de útero	Câncer de Colo Uterino; Educação Em Saúde; Direitos Sexuais Reprodutivos

Fonte: elaboração própria

Os quatro TCRs desse tópico estão em formato de artigo. Os TCR 21, TCR 22e TCR 35 consistem em pesquisas com mulheres usuárias da política de saúde, enquanto o TCR 34 realiza com profissionais de saúde que atendem demandas de violências de gênero e o TCR 35 trata-se de uma pesquisa bibliográfica.

O TCR 21 reside em uma pesquisa qualitativa, com coleta de dados através de entrevistas semiestruturadas com mulheres portadoras do vírus HIV atendidas no Hospital onde a residente estava inserida. As principais referências desse trabalho são Anthony Guiddans, Michel Bozon, Francisco Arseli Kern, Ana Zaquieu.

O TCR 22 propõe analisar a trajetória das mulheres com câncer de colo uterino em tratamento na unidade de saúde que a residente estava alocada, a coleta de dados foi através de entrevista semi estruturada. As principais referências deste trabalho são Marilda Vilela Iamamoto, Jairnilson Paim, Elaine Behring e Heleieth Saffioti.

O TCR 35 caracteriza-se como uma pesquisa empírica de abordagem qualitativa que entrevistou das mulheres sobre o processo de adoecimento por câncer de colo de útero. Suas principais referências são: Ana Claudia Correia Nogueira, Letícia Batista da Silva, Kamila Matos Albulquerque e Amanda Cardoso Nunes.

O TCR 34 é um estudo qualitativo com da coleta de dados através de entrevistas que objetiva identificar com os profissionais que trabalham em um Hospital Universitário compreendem e abordam as demandas de violência de gênero. As referências bibliográficas predominantes que localizamos no artigo são: Lilia Blima Schraiber^a, Ana Flávia PL d'Oliveira^b, Ivan França-Junior e Sueli Deslandes.

O TCR 32 trata-se de um levantamento bibliográfico de abordagem qualitativa, com o objetivo de pesquisar sobre a relação de gênero na produção de conhecimento científico nos conceitos de obesidade e pobreza. As principais referências são Ricardo Paes de Barros, Manuel Peña, Jorge Bacallao. Vanessa Alves Ferreira e Rosana Magalhães.

Constatamos que bastante heterogeneidade nas referências bibliográficas dos cinco TCRs. Com exceção do TCR 22, não identificamos nos demais TCRs a relação com aspectos do SUS enquanto política de saúde em disputa, tampouco constam aspectos históricos ou menção aos princípios da Reforma Sanitária. Percebemos nos TCR 22, TCR 32 e TCR 35 uma reflexão sobre a determinação social do processo de saúde-doença, os outros TCRs trazem aspectos como “determinantes de saúde”. Apenas o TCR 22 apresentava com profundidade aspectos da questão de gênero e da mulher com estruturantes da sociedade.

3.2.5 Processos de trabalho na Atenção Básica

Tabela 7- Processos de trabalho na Atenção Básica em Trabalhos de Conclusão de Residência por ano, títulos e palavras chave.

Numeração	Ano	Título	Palavras chave
TCR 12	2015	Núcleo de Apoio à Saúde da Família: processo de trabalho sob a ótica dos profissionais das equipes de saúde da família do município de Horizonte	Sistema Único de Saúde; Estratégia Saúde da Família; Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
TCR 15	2015	Contribuição da escuta qualificada para a integralidade na atenção primária	Atenção Primária; Escuta Qualificada; Acolhimento; Integralidade.
TCR 17	2015	Promoção da saúde e autonomia no grupo Velha Guarda do Tabuleiro do Cabreiro em Aracati-CE: relato de experiência	Grupo Velha Guarda; Idosos; Promoção da Saúde.
TCR 19	2015	O acolhimento na atenção básica em saúde	<i>Não consta</i>

Fonte: elaboração própria

Os TCR 12, TCR 15, TCR 17 e TCR 19 estão em formato de artigo. O TCR 12 realiza um estudo de abordagem qualitativa utilizando-se de entrevistas com profissionais de equipes de Saúde da Família para compreender suas percepções sobre o NASF. Os principais autores utilizados como referência no artigo são Emerson Merhy e Wagner de Sousa Campos Gastão.

O TCR 15 corresponde a uma pesquisa bibliográfica sobre o conceito “escuta qualificada” como uma proposta de potencializar o princípio da integralidade na APS. Seus principais autores de referência são Emerson Merhy, Wagner de Sousa Campos Gastão e Antônio Lancetti.

O TCR 19 também trata-se de uma pesquisa bibliográfica, mas sobre o conceito “acolhimento” como uma estratégia de na APS. Identificamos como principais referências no artigo: Daisy Pires Noronha, Sueli Mara Soares Pinto Ferreira, Ricardo Ceccim e Charles Delcanale Tesser.

O TCR 17 consiste em um relato de experiência em Grupo de promoção a saúde, suas principais referências são os Cadernos da Atenção Básica, Paulo Freire e Marli Terezinha Stein Backe.

Identificamos que os TCRS 12 e TCR 15 contam com referências bem próximas, da

mesma forma que percebemos nesses dois trabalhos a reflexão dos determinantes sociais de saúde. Nos TCRs 17 e 19 não percebemos essa articulação. No entanto em todos esses quatro trabalhos não conseguimos identificar aspectos mais amplos da política de saúde, dos desafios do SUS nesses processos de trabalho. Da mesma forma identificamos pouca articulação com os princípios do SUS e não percebemos muito pouco o aspecto histórico ou de retomada das concepções da Reforma Sanitária.

3.2.6 Média e alta complexidade: integralidade, Política Nacional de Humanização, interdisciplinaridade e referência e contra-referência

Tabela 8- Média e Alta complexidade: integralidade, Política Nacional de Humanização, interdisciplinaridade e referência e contra-referência em Trabalhos de Conclusão de Residência, por ano, títulos e palavras chave.

Numeração	Ano	Título	Palavras chave
TCR 24	2012	A integralidade na atenção em urgências e emergências: uma caixa preta prestes a ser aberta	Integralidade, saúde, urgência e emergência, residência multiprofissional
TCR 25	2013	O serviço de emergência sob o prisma da integralidade: um olhar para além das demandas biomédicas	Urgências e Emergências; Integralidade; Necessidades em Saúde
TCR 26	2014	Construção de uma cultura de humanização – um desafio para o sistema único de saúde	PNH, Humanização da Assistência em Saúde, Transversalidade, Indissociabilidade entre Gestão e Atenção, Protagonismo entre os sujeitos, SUS.
TCR 27	2015	Alta hospitalar: a importância do trabalho multiprofissional e interdisciplinar em saúde	Alta Social; Questão Social; Conceito Ampliado de Saúde; Multiprofissional; Interdisciplinar.
TCR 30	2015	O processo de referência e contra-referência na cirurgia bariátrica	Referência; Contra-Referência; Cirurgia Bariátrica; Acesso à Serviços de Saúde.

Fonte: elaboração própria

Os TCR 24, TCR 25, TCR 26 e TCR 30 estão em formato de trabalho monográfico artigo, enquanto o TCR 27 está em formato de artigo. O TCR 24 discutir o princípio de integralidade no processo de trabalho na atenção em urgências e emergências de um hospital, levantando aspectos também da formação da Residência Multiprofissional em Saúde. Trata-se

de um estudo qualitativo em que a coleta de dados foi realizada através de entrevistas. Destacamos as seguintes referências bibliográficas: Rubem Araújo de Matos, Emerson Merhy, Regina Célia Mioto e Vera Maria Regina Nogueira.

O TCR 25 objetiva conhecer as demandas de saúde na Urgência e Emergência do hospital onde a residente autora está alocada, a partir do conceito da integralidade. O trabalho corresponde a um estudo qualitativo e a coleta de dados foi através de entrevistas com usuários do serviço. Suas principais referências são: Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, Regina Célia Mioto e Vera Maria Ribeiro Nogueira.

O TCR 26 corresponde a uma pesquisa bibliográfica exploratória sobre o Programa de Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar e a Política Nacional de Humanização. Identificamos as seguintes referências bibliográficas como mais presentes no trabalho: Rodrigo Valério Moreti, Isabel Cristina Rios, Maria Inês Bravo e Dario Pasche.

O TCR 27 aborda o conceito ampliado de saúde na questão da alta hospitalar, procurando realizar uma reflexão sobre a multiprofissionalidade e interdisciplinaridade em saúde. A metodologia adotada foi uma revisão bibliográfica sobre o tema. Constatamos como principais referências: Ana Maria Vasconcelos, Potyara Pereira, Carlos Montañó e Maria de Fátima Antero de Sousa Machado.

O TCR 30 propõe analisar como se efetiva o processo de referência e contra-referência aos usuários de cirurgia bariátrica a partir da realidade do Hospital onde a residente está inserida. A metodologia da pesquisa é de caráter qualitativa e os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas. Localizamos no texto do trabalho as principais referências: Regina Célia Mioto, Vera Maria Regina Nogueira, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, Lígia Giovanela e Maria Helena Magalhães de Mendonça.

Constatamos que em geral os cinco TCRs trazem aspectos históricos do SUS, assim como mencionam seus princípios. Percebemos nos TCR 25 e TCR 26 a preocupação em relacionar o objeto de estudo com os princípios da Reforma Sanitária. Também percebemos a abordagem sobre o conceito ampliado de saúde, determinantes sociais de saúde e em poucos a determinação do processo saúde-doença. No entanto, pouco são relacionadas, por vezes citadas somente em um parágrafo, o desmonte de SUS frente aos objetos de pesquisa.

3.2.7 Atenção e cuidados em saúde

Tabela 9- Atenção e cuidados em saúde em Trabalhos de Conclusão de Residência, por ano,

títulos e palavras chave.

Numeração	Ano	Título	Palavras chave
TCR 28	2016	A condição de dependência da pessoa idosa na dinâmica familiar a partir do serviço de urgência e emergência	Envelhecimento da População; Cuidadores; Família; Política Social.
TCR31	2016	Os custos do cuidado em saúde: as repercussões do tratamento hemodialítico para os pacientes renais crônicos e suas famílias	Custos; Cuidado; Saúde; Famílias; Hemodiálise.
TCR 33	2016	Estado, Mercado, Família e Sociedade na Provisão do Cuidado: quem é o onerado nesta partilha?	Cuidado, Dependência, Família, Cuidador

Fonte: elaboração própria

Os TCR 28 E TCR 33 estão apresentados em formato de artigo, enquanto o TCR 31 encontra-se em formato de trabalho monográfico. O TCR 28 consiste em uma pesquisa quanti-qualitativa, com aplicação de entrevistas a pessoas idosas e cuidadores familiares. As principais referências bibliográficas que identificamos foram: Solange Maria Teixeira e Yeda Aparecida de Oliveira Duarte.

O TCR 31 apresenta como objetivo analisar as repercussões do cuidado para as famílias as que possuem membros com Doença Renal Crônica em tratamento hemodialítico. A pesquisa se realiza em revisão de literatura e pesquisa de campo com abordagem qualitativa, na qual são realizadas entrevistas aos usuários do serviço. As principais referências encontradas neste TCR foram: Eugênio Vilaça Mendes, Potyara Pereira, Vera Schattan Coelho e Maria Inês Schmidt.

O TCR 33 realiza-se em uma pesquisa qualitativa exploratória, na qual entrevista cuidadores de usuários do serviço de saúde em que a autora está inserida. O objetivo é conhecer as demandas em relação as políticas sociais e sua forma de acesso. As principais referências que encontramos no artigo são: Vicente de Paula Faleiros, Regina Célia Mioto e Potyara Pereira.

Percebemos que dentre os três TCRs, o TCR 31 é o único que relaciona aspectos históricos do SUS em seu texto. Percebemos que principalmente no TCR 31 e TCR 32 existe um esforço de pensar as políticas sociais de forma mais ampla, assim como seus limites e debilidades no atual cenário brasileiro. No entanto, percebemos pouco diálogo nesse aspecto

com o próprio sucateamento do SUS e como refletem no objeto de pesquisa apontados. Cabe colocar também que no TCR 31 percebemos a predominância do termo “paciente” para referir-se aos usuários.

3.2.8. Outros: concepção de demanda em Saúde Mental; representações sociais, dependência química e percepções dos usuários.

Tabela 10- Concepção de demanda em Saúde Mental; representações sociais e dependência química na Estratégia de Saúde da Família em Trabalhos de Conclusão de Residência, por ano, títulos e palavras chave.

Numeração	Ano	Título	Palavras chave
TCR 02	2015	A concepção de demanda em Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde	Demanda; Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde
TCR 08	2014	Representações sociais da tuberculose: dos portadores e dos profissionais da vigilância epidemiológica	Representações Sociais; Tuberculose; Profissionais da Saúde; Portadores.
TCR 09	2015	Estratégia Saúde da Família e Dependência Química na percepção do usuário: avaliação do serviço no município de Lages/SC.	Dependência Química; Uso de Drogas; Estratégia Saúde da Família; Unidade Básica de Saúde.
TCR 14	2015	A percepção dos usuários da unidade de saúde do centro de Quixadá sobre a Atenção Básica à Saúde	Atenção Básica, percepção, vínculo e família.

Fonte: elaboração própria

Os TCR 02, TCR 08, TCR 09 e TCR 14 encontram-se em formato de artigo. O TCR 02 consiste em uma revisão integrativa de literatura sobre a concepção de demanda em saúde mental na APS. Identificamos como suas principais referências os autores: Jacques Lacan, Eduardo Mourão Vasconcelos e Paulo Amarante.

O TCR 08 trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa e coleta de dados através de um questionário destinado a 25 profissionais da Vigilância Epidemiológica e 27 usuários que já tiveram tuberculose ou estavam realizando o tratamento. Suas principais referências são B. V.

Camargo, E. R. Goetz e P. Hino²⁸.

O TCR 09, consiste em analisar o serviço prestado pelas UBS para usuários que fazem uso de substâncias psicoativas, entrevistando os usuários e as famílias. Suas principais referências são C. Favaro, e Koetzel²⁹.

Por fim, o TCR 14 busca conhecer, através de entrevistas abertas, a percepção dos usuários sobre a APS. As principais referências utilizadas são: Adriana Bezerra Brasil de Albuquerque, Maria Lúcia Bossi, Elaine Behring e Ivanete Boschetti.

Constatamos que apenas o TCR 02 faz relações com a Política de Saúde, resgatando elementos históricos do MRS e Reforma Psiquiátrica, trazendo uma interlocução também com o conceito ampliado de saúde. No TCR 14 percebemos um esforço em articular questões mais gerais do SUS com a APS, no entanto não relaciona com projetos em disputa. Ainda nos TCR 08 e TCR 09 identificamos a predominância da caracterização de pacientes em relação à população usuária.

3.3 Análise das tendências teórico-políticas dos SUS nos TCRs do Serviço Social

Percebemos através desses eixos de apresentação dos TCRs coletados, um universo bastante amplo e complexo de reflexões sobre a Política de Saúde e exercício profissional. Procuramos em cada eixo elucidar alguns aspectos de cada trabalho e relacionar brevemente com nossa pesquisa. Nesse item pretendemos fazer reflexões com o que foi apresentado desses trabalhos através dos eixos anteriores, buscando articular como aspectos mais gerais tocantes às tendências teórico-políticas do SUS.

Os trabalhos que visitamos nessa pesquisa compreendem como trabalho de conclusão nos Programas de Residência, que hoje conformam uma parte importante em educação em saúde dentro do SUS. Percebemos no capítulo 1 a complexidade desse processo de formação nas contradições do SUS. Letícia Batista Silva (informação verbal)³⁰ sinaliza uma questão importante nesse debate, tal como essa modalidade pode ser considerada como uma inovação

²⁸ Escrevemos somente as iniciais dos primeiros nomes por serem autores desconhecidos por nós, só constarem de tal forma no trabalho e não serem localizados os nomes completos por nós.

²⁹ Escrevemos somente as iniciais dos primeiros nomes por serem autores desconhecidos por nós, só constarem de tal forma no trabalho e não serem localizados os nomes completos por nós.

³⁰ Palestra proferida por Letícia Batista Silva no Seminário Nacional sobre Residência em Saúde e Serviço Social realizado pelo CFESS e ABEPSS nos dias 04 e 05 de setembro de 2016. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=spCN5kgIE48>> Acesso em 29 de janeiro de 2017.

na saúde “na medida que a organização e a proposta política e pedagógica dessa modalidade de formação em pós-graduação pautam-se por necessidades de saúde e não pela necessidade de especialização de categorias profissionais demanda de especialização” (sic). Essa premissa é basilar para compreender que os PRMS também são espaços de disputas de projetos.

Outro aspecto salientado pela autora é a necessidade da compreensão da relação da Residência com o processo macro política, pois segundo Batista Silva (informação verbal)³¹,

se a gente fizer um levantamento da produção acerca da residência multiprofissional em saúde no Brasil, seja nas teses de dissertações ou em artigos, a gente na verdade vai encontrar uma predominância do pensamento micropolítico da análise pós-moderna ou da análise pós-estruturalista. Então isso que parece a priori uma obviedade, que é entender esta formação como integrante de um processo socialmente construído, na hora que a gente analisa a formação, enfim, a produção sobre a residência não é isso que a gente encontra. É o contrário disso, é uma análise que se baseia nos processos micro políticos e ao fazer isso dá uma potencialidade da residência em si que ela não tem. Dá uma potencialidade e uma autonomia. Tira a residência, a ideia do debate da residência da discussão do trabalho em saúde, da discussão da política de saúde, da discussão da política de educação. Ao fazer isso, não traz a potência da saúde, como quer falar o discurso pós-moderno e pós-estruturalista, o que faz sim é trabalhar em uma perspectiva inverídica desses contextos de prática, uma perspectiva que na verdade não se constrói objetivamente no concreto. Esse concreto que na verdade é derivado de contradições, atravessado pelas políticas e por um conjunto de realidades que também são as realidades locais. (Sic)

Nesse sentido queremos trazer a ponderação de que nossa análise sobre os TCRs deve procurar identificar aspectos mais amplos das tendências dos SUS nesses objetos. Em nossa perspectiva isso não seria possível se não fizéssemos a leitura de cada um, mas buscamos não cair em análises individualistas ou condenatórias dos resistentes. Isso não nos caberia e tampouco seria condizente com o marco teórico de nossa pesquisa. Precisamos compreender o que trazemos nesses tópicos anteriores com o que apresentamos no capítulo 01.

A análise acima realizada por Letícia Batista nos coloca nesse lugar, em um SUS que encontra projetos políticos contraditórios, em um país de capitalismo dependente, com constantes retrocessos em vários aspectos da vida social da classe trabalhadora. As políticas de saúde e educação sofrem esse reflexo. O Serviço Social enquanto profissão, está umbilicalmente relacionado nesses aspectos. De acordo com Iamamoto (2009, p.171) “a profissão é tanto um dado histórico, indissociável das particularidades assumidas pela formação e desenvolvimento da sociedade brasileira quanto resultante dos sujeitos sociais que constroem sua trajetória e redirecionam seus rumos”.

³¹ Ibidem.

Ao analisar os TCRs, trouxemos nos eixos temáticos alguns trabalhos e artigos que fizeram análises com aspectos estruturantes da política de saúde com as contradições do sistema capitalista, em seu histórico ou contexto atual. Mas percebemos que na maioria dos trabalhos isso não se realizou e pouco articulou com o objeto de análise. Nesse aspecto cabe a reflexão de Vasconcelos (2015, p.321),

Um *quefazer* histórico que não questiona a estrutura econômico-social do capitalismo (porque seus sujeitos a defendem ou porque, submetidos a ele, ignoram sua natureza) foça os assistentes sociais a procurar respostas e soluções para os efeitos negativos da ordem social dominantes fora da esfera econômica, frequentemente no “resgate da subjetividade”, que parte de uma concepção de uma natureza humana a-histórica são respostas e “soluções” que, apropriadas e repetidas de forma acrítica, porque não captadas criticamente pelo sujeito profissional que desconhece suas verdadeiras intenções, expressam o ecletismo de uma “ética progressista”/“ética burguesa.

Quando perpassamos os TCRs do item *Residência Multiprofissional em Saúde: atuação e formação*, percebemos interlocuções importantes com autores que se baseiam na teoria social crítica e reflexões dos residentes apresentando a necessidade de debater sobre a temática em seu aspecto mais estruturante. Porém, na maioria percebemos pouca profundidade nessa relação, com pouco diálogo com os princípios da Reforma Sanitária, como a determinação do processo saúde-doença e os limites dessa formação diante o sucateamento do SUS e da educação. O mesmo nos chamou atenção em relação a todos os outros eixos, salvo alguns TCRs. Remetemos à reflexão de Soares (2013, p.211)

A aparente dualidade entre a política pública precarizada e as eficientes propostas de inovações na gestão do sistema, entre o SUS histórico e o SUS materializado, entre novas e velhas demandas ao Serviço Social, integram um mesmo movimento, uma mesma racionalidade, que têm impactos importantes sobre a população usuária do sistema e sobre as práticas sociais dos trabalhadores da saúde- entre estes, o assistente social.

Por exemplo, quando passamos pelos TCRs destacados na *Média e Alta complexidade: integralidade, Política Nacional de Humanização, interdisciplinaridade e referência e contra-referência*, fizemos a relação com tabela 02, na qual evidencia que a maioria dos TCRs que tivemos acesso da Alta Complexidade são vinculados a residentes egressos de um Hospital Universitário.

Os TCRs trazem diversos aspectos de reflexão sobre o processo de trabalho e conceitos na atuação profissional, mas nenhum relaciona os aspectos de gestão e estrutura sofridas pela instituição onde o residente está inserido. A própria ausência de menção e de qualquer relação com tais aspectos, nos evidencia uma posição favorável - intencionalmente

ou não- a um projeto de SUS acrítico. O porte da própria criação da EBSEH e sua implementação não passaram despercebidos pelo Brasil afora.

A EBSEH faz parte dos novos modelos de gestão do SUS que coaduna com o fortalecimento do projeto privatista para a política de saúde e influi diretamente na precarização do trabalho, no aspecto de formação em saúde dos hospitais-escolas e nos serviços prestados à população usuária. Portanto quando refletimos a necessidade de articulação com aspectos mais amplos da Política de Saúde, nos preocupamos com essas reflexões que influem diretamente na “integralidade” no processo de “referência e contra-referência” e profundamente na “educação em serviço”. Iamamoto nos traz:

Pensar o projeto profissional supõe articular essa dupla dimensão: a) de um lado as condições macro-societárias que tecem o terreno sócio-histórico em que exerce a profissão, seus limites e possibilidades que vão além da vontade do sujeito individual. b) e, de outro lado, as respostas de caráter ético-político e técnico-operativo- apoiadas em fundamentos teórico-metodológicos- de parte dos agentes profissionais a esse contexto. (IAMAMOTO, 2009, p.171).

Também evidenciamos nesse eixo *Média e alta complexidade: integralidade, Política Nacional de Humanização, interdisciplinaridade e referência e contra-referência* e no que refere aos *Processos de trabalho na Atenção Básica* uma reflexão acrítica de concepções sobre humanização, acolhimento e escuta qualificada. Esses conceitos, quando não correlacionados criticamente, tendem a camuflar aspectos da realidade:

Identificando como limite da atuação profissional o “acesso aos direitos” ou o acesso/submissão ao direito/legislação burguesa, a partir de um processo “humanizado”, os assistentes sociais e demais profissionais que se deixam capturar pela possibilidade de humanização do atendimento nas instituições capitalistas – o que, no limite, significa concordar com a possibilidade de humanização do próprio capitalismo- acabam por colocar como limite da atuação profissional uma sociedade burguesa “humanizada, muito além e em contradição flagrante com o projeto profissional, na medida em que esse caminho acaba por interditar a participação efetiva dos trabalhadores/usuários na direção da sociedade que constroem historicamente (VASCONCELOS, 2015,p. 118)

Cabe também a ponderação realizada pelo CFESS (2013, p.27-28) nos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde,

O problema não está no uso de referências que abordam o campo psi ou sobre doenças, mas sim quando este profissional, no cotidiano de seu trabalho profissional, se distancia do objetivo da profissão, que na área da saúde passa pela compreensão dos determinantes sociais econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e busca de estratégias política- institucionais para o enfrentamento dessas questões. O exercício profissional do assistente social não deve desconsiderar as dimensões subjetivas vividas pelo usuário e nem se reduzi a defesa de uma suposta particularidade entre o trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais nas diferentes especialidades na medicina.

Outro aspecto que nos chama a atenção em alguns TCRS, como mencionamos nos eixos *Outros: concepção de demanda em Saúde Mental; representações sociais, dependência química e percepções dos usuários e Atenção e cuidados em saúde*, mas que também aparecerem de forma mais pontual em outros trabalhos, é a recorrência do uso do termo “paciente” quando estavam se referindo à população usuária. O Código de Ética dos assistentes sociais já nos deixa claro que atuamos com usuários/usuárias, sujeitos de direitos, estes integrantes da classe trabalhadora. Reconhecemos que o uso do termo “usuário” por si só não quer dizer que está se tendo essa compreensão. Por outro lado, fazer uso do conceito paciente de maneira acrítica pode negar a construção histórica do nosso projeto ético-político e correlacionar, mesmo que sem intenção com o projeto de sociedade dominante, expresso na saúde pelo modelo privatista:

A pretensa neutralidade da noção cliente/paciente, vêm sendo restauradas e justapostas, historicamente, velhas e novas noções como: “homem”, “ser humano”, “pessoa”, “coletividade”, “comunidade”, “grupo”, “beneficiário”, “funcionário”, “desfavorecido”, “pobre”, “desajustado”, “colaborador”... que, desenraizados do contexto de classe, não conseguem obscurecer e não deixam de expressar sua raiz de classe. (VASCONCELOS, 2015, p. 118)

Também percebemos outro elemento que perpassa todos os eixos, a lógica pragmática, voltada a respostas dos serviços em que os residentes estão inseridos. Esse aspecto pode estar articulado com a característica de uma residência voltada para o serviço com pouca reflexão teórica, ou até mesmo com uma teoria que não embasa um “tecnicismo” exacerbado que tende a reproduzir o que está posto. Nesse contexto de predominância da lógica imediatista

são diminuídas as possibilidades de uma reflexão mais aprofundada sobre o real, pois grande parte das respostas têm uma urgência permanente como se estivéssemos diante de uma tragédia eminente- e, de certa forma, estamos: a tragédia da vida, da saúde, da doença e da morte de sujeitos sociais. As respostas a estas situações apresentadas como emergenciais, se não forem refletidas mais profundamente, se não buscarem ultrapassar o imediatismo, tendem a reproduzir a racionalidade hegemônica e, mesmo que do ponto de vista objetivo e pontual atuem sobre o problema em si, em vez de revelar, marcar, e, ao contrário de mobilizar usuários e profissionais em torno do direito à saúde, passiviza. (SOARES, 2013, P. 112)

Nos TCRs dos eixos *Exercício profissional do assistente social: competências e atribuições, atuação com crianças e adolescentes e terapia comunitária*, percebemos uma preocupação com exercício profissional no horizonte do atual projeto ético-político na maioria dos trabalhos. Ao mesmo tempo nesse mesmo eixo, de forma bastante isolada dos outros TCRs, nos chamou atenção um artigo que remete em defesa de o Serviço Social realizar Terapia Comunitária, se referenciando no Serviço Social Clínico, trazendo também autores e

elementos da teoria social crítica, de forma bastante eclética. Segundo o CFESS (2013, p.42) “essa abordagem é anunciada como uma resignificação do Serviço Social de Casos, apoiada numa visão “holística do ser humano”. Ressalta-se que essas ações fogem do âmbito da competência do assistente social, pois não estão previstas na legislação profissional”.

Outra questão que constatamos que é que de todos os TCRs que pesquisamos, apenas 01, que está localizado no eixo *Residência Multiprofissional em Saúde: atuação e formação*, discute a categoria Controle Social. O TCR aborda sobre um relato de experiência na efetivação de um CLS. Porém percebemos pouca relação com a concepção mais aprofundada de controle social, dentro de limites e possibilidades, assim como disputas do SUS.

Nos eixos *Serviço Social na atenção básica em saúde/ Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF)*, constatamos um esforço dos TCRs em trazer aspectos históricos do SUS, assim como dialogar com autores que são referências na defesa do projeto ético-político profissional. Porém são poucos que trazem à luz a relação do Serviço Social nesse espaço e os princípios da Reforma Sanitária hoje na Atenção Básica. Também poucos refletem as contrarreformas nas Políticas Sociais, assim como a precarização do trabalho. Outro aspecto importante nesse eixo é em relação a predominante preocupação com a relação de atendimento direto aos usuários. O CFESS (2013) explicita que é imprescindível nesse âmbito de atuação do assistente social, o planejamento das ações, mobilização e participação social dos usuários. Porém, nos eTCRs em questão percebemos pouca interlocução com esses aspectos.

Nos TCRs do eixo *Mulheres e questão de gênero na saúde* e percebemos bastante heterogeneidade nas referências sobre os temas expostos. No tocante ao debate de gênero e mulheres na Política de Saúde, percebemos que somente um texto abordou a partir da teoria social crítica. Percebemos a predominância de dados epidemiológicos sem muita interlocução com a política de saúde mais ampla e questões fundamentais sobre a temática dentro da perspectiva crítica: a questão do patriarcado. Na temática *Outros: concepção de demanda em Saúde Mental; representações sociais e dependência química na Estratégia de Saúde da Família*, percebemos que um TCR relacionou aspectos importantes da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica sobre o debate que propôs. O restante ficou focado em aspectos epidemiológicos com pouco referencial aos princípios do SUS.

É necessário compreender que todos os expostos nesses trabalhos não estão isentos de projetos políticos profissionais e mais amplos, intencionalmente ou não. Nesse aspecto, percebemos o que Bravo (2013, p.179) constatou em outro momento “identifica-se na

atualidade um questionamento difuso aos projetos Ético-Político do Serviço Social e de Reforma Sanitária, buscando a flexibilização dos seus referenciais [...]” torna-se presente, direta ou indiretamente, nos TCRs que foram objeto dessa pesquisa. Os discursos, que por vezes aparecem nas entrelinhas ou até com diversos aspectos comuns de debate dentro da categoria se confundem com a ausência de relação com as questões mais fundamentais do SUS. O documento do CFESS (2013, p.27), sinaliza essa perspectiva que consiste no “possibilíssimo que significa flexibilizar os princípios defendidos no projeto ético político e na reforma sanitária vistas a segurar pequenos ganhos políticos [...]”.

No entanto, de acordo com Vasconcelos (2015, p.343)

O que está em jogo é o projeto de sociedade ao qual o projeto ético político do Serviço Social brasileiro está articulado: aquele projeto que afirma como princípios fundamentais a liberdade, com todas as demandas a elas inerentes- autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais- e uma outra organização social sem dominação de classe, etnia e gênero, tendo como caminho o fortalecimento do protagonismo dos trabalhadores organizados na imposição de limites ao capital, na busca por emancipação humana. Muito além da democracia burguesa, uma sociedade de trabalhadores associados, livres e emancipados.

Ser coerente com atual projeto ético-político consiste em articular constantemente o binômio teoria e prática, a partir das dimensões da profissão à caminho com o horizonte da emancipação humana, isso envolve articulação com projetos mais amplos que o da profissão, como o da Reforma Sanitária:

O que se está defendendo para o assistente social é o exercício de sua atividade profissional, de forma competente e crítica, em que a ação profissional seja resultante de investigações que focalizem a questão social e suas particularidades no momento conjuntural e suas derivações para a área da saúde, de modo que a capacidade de enfrentamento seja mais eficaz, através de formulações teórico-políticas aliadas à utilização de instrumental técnico-operativo para responder à demandas colocadas. Como sabemos, as profissões não tem projetos políticos próprios, embora na sua ação esteja presente a dimensão política, em decorrência da inserção na prática social mais ampla. Para a construção do novo profissional, torna-se fundamental estabelecer relações com os projetos políticos mais amplos, como também com outras posições profissionais, como, por exemplo, a Reforma Sanitária BRAVO, 2011, P.328

Considerando todo o exposto nesse trabalho, não é errado afirmarmos que das três tendências teórico políticas do SUS que identificamos como predominante a partir dos anos 2000, o Serviço Social nas Residências, a partir dos TCRs investigados, têm corroborado com a perspectiva da reforma sanitária flexibilizada.

Ainda que percebemos pouca articulação crítica com os novos modelos de gestão de saúde e demais ponto que representam a perspectiva privatista, identificamos que ainda há alguns aspectos de reafirmar o SUS dentro de um “conceito ampliado de saúde”, com

processos de trabalho multiprofissionais, que em geral destoam do modelo privatista e focalista, o que de fato fica dentro do “SUS possível” hoje.

Entendemos que esse “SUS possível” é na verdade uma proposta recuada da reforma sanitária flexibilizada, na qual pouco reflete, quando o faz, com pouca profundidade sobre os aspectos estruturantes da política de saúde.

2- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizar essa pesquisa foi um imenso desafio por diversas razões, duas principais. A primeira pela constatação que fizemos no decorrer da pesquisa: a ausência de um banco de dados que estejam os TCRs, assim como a falta de transparência do MEC e Ministério da Saúde no tocante aos dados dos PRMS a nível nacional. A segunda pela nossa própria dificuldade de realizar uma pesquisa desse porte com os aparos da teoria social crítica, correndo o risco de não realizar as devidas mediações por debilidade teórica e capacidade de análise.

No entanto, constitui-se como um imenso processo de aprendizado em como desenvolver uma pesquisa de tal forma, mas também para aprofundarmos sobre uma temática que nos inquieta muito antes mesmo de entrar na residência: as disputas ideológicas do SUS. A ausência de um banco de dados que comporte os TCRs levamos para o debate coletivo do IV Encontro Nacional de Residências e percebemos que não era uma demanda só nossa, mas que imprime a necessidade de ser compartilhada a produção de intenso e característico processo de residência que demanda de recurso do MEC e do MS, mas também do deslocamento de outros profissionais, como nas preceptorias e tutorias, na formação em saúde.

Procuramos trazer no primeiro capítulo o processo de surgimento e implementação do SUS, trazendo a concepção de que esse complexo sistema faz parte da luta de classes no interior de uma país que se desenvolveu sob a égide dependente e associada ao capital estrangeiro. O SUS, que mal se consolidou em sua proposta originária, está cada vez mais ameaçado e distante de sua proposta inicial, ainda representa na história do povo brasileiro, um imenso avanço que só foi possível pelo Movimento da Reforma Sanitária.

Percebemos que o Projeto Ético-Político do Serviço Social caminha na defesa dos princípios desse Movimento. É imperativo também, a partir do exposto nesse trabalho que a defesa do que ainda temos do SUS - bem como os avanços a favor do povo brasileiro- só será possível articulada à essência do movimento que gerou esse sistema, à concepção de um Sistema Único de Saúde plenamente universal, integral, gratuito, de qualidade, sob gestão estatal e com efetiva participação social. Esses conceitos não podem ser vistos de forma isoladas e tampouco serem defendidos isolados do conjunto da classe trabalhadora. Nesse sentido a retoma da concepção determinação do processo saúde doença é fundamental.

Entendemos que essas relações não se dão abstratamente, mas constituem em

processos políticos que devem articular o binômio teoria e prática, frente a luta de classes. Dessa forma, buscamos entender no segundo capítulo, quais das três tendências teórico políticas do SUS que entendemos como predominantes nos anos 2000 se relacionam nos TCRs dos assistentes sociais: reforma sanitária, reforma sanitária flexibilizada ou modelo privastista.

No segundo capítulo identificamos que a perspectiva da reforma flexibilizada é predominante nos trabalhos que tivemos acesso nessa pesquisa. Percebemos a perda da radicalidade dos princípios da reforma sanitária e da leitura crítica da Política de Saúde, confundidos com os modelos ditados para as políticas sociais por organismos multilaterais em contexto de ofensiva do capital. Na falta de apreensão dos princípios e concepções da reforma sanitária em seu sentido mais radical, percebemos que os TCRs corroboram com a perspectiva flexibilizada de conceitos e concepções, que intencionalmente ou não, acabam reproduzindo o modelo da ordem vigente. Essa expressão foi notória, por vezes, pela própria ausência de relação com questões latentes na Política de Saúde e estrutura do SUS, que radicalmente se relaciona diretamente com processos de trabalho, níveis de atenção a saúde no SUS, integralidade, multidisciplinariedade, controle social, gênero em saúde, entre as outras temáticas.

Em tempo, trazemos a seguinte ponderação, de acordo com Vasconcelos (2015, p. 341)

[...] ao fazermos essas considerações, não se pretende culpabilizar os assistentes sociais e demais intelectuais que se manifestam ou não favoráveis às lutas históricas dos trabalhadores, mas evidenciar as conexões causais que nos permite ter intenções que, sem que esteja revelada a complexidade das mediações necessárias à sua transformação em realidade, geram consequências no sentido inverso. Um complexo que exige revelar como essas conexões causais impactam o cotidiano das lutas sociais e profissional, no sentido de, atuando sobre elas – e não as colocando como obstáculo ou limite, empreender condições favoráveis a práticas mediadas pelo projeto profissional.

Tanto os TCRs analisados, quanto este que finalizamos agora, fazem parte desse arcabouço da Residência, repleto de contradições dentro de uma proposta articulada em educação-trabalho-saúde. Enquanto Serviço Social, uma das profissões inseridas nesses programas.

Nesse sentido, o que buscamos constatar, dentro dos limites desta pesquisa, são aspectos que tange o Serviço Social nos PRMS através dos TCRs. A incompletude desta pesquisa, no que tange às causas, precisa ser compreendida em outros processos que não demos conta de tratar no caráter desse trabalho. Ainda assim, esperamos que, de alguma

forma, possa contribuir reflexões da categoria sobre as Residências Multiprofissionais.

Reconhecemos que o conjunto CFESS/CRESS e a ABEPSS têm apresentado esforços importantes no debate coletivo dessa temática, como as Oficinas Regionais e Nacionais da ABEPSS e seus Grupos de Trabalho, bem como o Seminário Nacional sobre Residência em Saúde e Serviço Social. O conjunto da profissão tem apontado a necessidade de avançar enquanto categoria nas disputas estruturantes dos espaços em que estamos inseridos.

Desse modo, o que impõe à categoria é revelar tanto os mecanismos, estratégias, instrumentos e processos que favorecem as lutas sociais, como o impacto dessas lutas nos processos de formação, organizativos e de mobilização das massas trabalhadoras e a direção que toma o Serviço Social como parte e expressão delas. Assim sendo, é a análise teórico-crítica da intervenção ativa dos assistentes sociais nos processos materiais que pode contribuir para o fortalecimento de práticas mediadas pelo projeto profissional, ao identificar tendências e apontar alternativas, para além dos processos de renovação e rupturas teóricas que mediam a prática. Essas duas tarefas são indissociáveis e quando uma prevalece em relação à outra, caímos no historicismo analítico, no teorismo ou no praticismo e na endogenia.” (VASCONCELOS, 2015, p. 337-338)

Com todo o acúmulo histórico da categoria e relação com a Reforma Sanitária, o Serviço Social tem muito a construir a disputar na estrutura do SUS. Defender os princípios impressos no Código de Ética é buscar a radicalidade do Projeto da Reforma Sanitária dentro da política de Saúde. Essa radicalidade só é alcançada a partir de uma compreensão profunda da realidade brasileira, com as mediações necessárias diante da contradição capital-trabalho.

3- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEPSS. **Diretrizes Gerais Para O Curso De Serviço Social**. Rio de Janeiro: ABEPSS Novembro de 1996.

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de. **Os planos de saúde e as ameaças ao sistema de saúde brasileiro na atualidade**. In: BRAVO, Maria Inês; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (orgs.). *A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais Contra a Privatização*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014. p. 53-60

ANTUNES, Ricardo. **O continente do labor**. São Paulo, SP: Boitempo, 2011.

BARBOSA, Geraldo. **Crítica do uso e abuso das noções de “globalização” e “neoliberalismo”**. In: CCLCP, Voz Operária, ANO XIII, nº18, nov./2011. Disponível em: <<http://www.cclcp.org/index.php/escola-luiz-carlos-prestes/artigos>>. Acesso em 04 de fevereiro de 2017.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2ª edição. São Paulo, SP: Cortez, 2008.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 9ª edição. São Paulo, SP: Cortez, 2011.

BOSCHETTI, Ivanete; SALVADOR, Evilásio. **O Financiamento da Seguridade Social no Brasil no Período 1999 a 2004: Quem Paga a Conta?** In: Mota, Ana Elizabete [et al.] (orgs). *Serviço social e saúde*. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 49-72

BOTTOMORE, Tom. **Dicionário do pensamento marxista**. 2ª edição. Rio de Janeiro, RJ: Zahar, 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em 01 de setembro de 2016.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em 01 de setembro de 2016.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm> Acesso em 13 de fevereiro de 2016.

_____. Lei nº11.129/2005- **Lei de criação dos Programas de Residência e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm>. Acesso em 28 de agosto de 2016.

_____. **Resolução nº5 de 05 de novembro de 2014.** Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15213-res-03-04052010&Itemid=30192>. Acesso em 02 de setembro de 2016.

_____. Ministério da Educação; Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.117/2005.** Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15207-port-2117-03112005&Itemid=30192>. Acesso em 02 de setembro de 2016.

_____. Resolução no - 5, de 7 de novembro de 2014
<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=34&data=10/11/2014>. Acesso em 22/08/2016.

_____. Resolução CNRMS nº 01 de 21 de julho de 2015
<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=16&data=22/07/2015>. Acesso em 22/08/2016.

_____. Ministério da Educação; Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009.** Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192> Acesso em 14 de fevereiro de 2016.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas e práticas profissionais.** 4ª edição. São Paulo: Cortez, 2011.

_____, Maria Inês Souza. **Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos.** 1ª ed. São Paulo: Cortez, 2013.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate.** In: Mota, Ana Elizabete [et al.] (orgs). Serviço social e saúde: Formação e Trabalho Profissional. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 197-216

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões.** In: In: BRAVO, Maria Inês; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (orgs.). Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal universal, gratuito e de qualidade. 1ª edição. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. p-15-28.

CASTRO, Marina Monteiro de Castro e. **O Serviço Social nos Programas de Residência em Saúde: Resultados Iniciais do Mapeamento da ABEPSS.** In: Temporalis. Brasília (DF), ano 13, n. 26, p. 153-171, jul./dez. 2013.

CARDOSO, Renata de Oliveira. **O processo de contrarreforma do Estado brasileiro e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: a privatização mascarada dos Hospitais Universitários.** In: BRAVO, Maria Inês; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (orgs.). A

Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais Contra a Privatização. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014. P. 33-45.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde**. Brasília: CFESS, 2013.

CNS, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 218, de 6 de março de 1997.

CCLCP, Corrente Comunista Luiz Carlos Prestes. **A Herança e Esperança**. Disponível em: <<http://www.cclcp.org/documentos/1994%20A%20HERAN%C3%87A%20E%20A%20ESP%20ERAN%C3%87A.pdf>>. Acesso em: 26 de janeiro de 2017.

Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf> acesso em: 04 de janeiro de 2017.

CORREIA, Maria Valeria Costa. **Por que ser contra os novos modelos de gestão do SUS?** In: BRAVO, Maria Inês; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (orgs.). Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal universal, gratuito e de qualidade. 1ª edição. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. P.43-49

_____, Maria Valéria Costa. **Controle Social na Saúde**. In: Mota, Ana Elizabete [et al.] (orgs.). Serviço social e saúde. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2009. P. 111-138

DÂMASO, Romualdo. **Saber e práxis na Reforma Sanitária: avaliação da prática científica no movimento sanitário**. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (org.). Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.

ESCOREL, Sarah. **Saúde: uma questão nacional**. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (org.). Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.

_____, Sarah. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. 1. Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

FERNANDES, Florestan. **Universidade brasileira: reforma ou revolução?** 2ª edição. São Paulo: Alfa-Omega, 1979.

_____, Florestan. **Nós e o marxismo**. In: CHASIN, José (org.). Marx hoje. Cadernos Ensaio 1. São Paulo: Editora Ensaio, 1987.

_____, Florestan. **O que é revolução?**. In: Clássicos sobre a revolução brasileira. 1. Ed. São Paulo: Editora Expressão Popular, 2000.

_____, Florestan. **A revolução burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica**. 5ª edição. São Paulo: Globo, 2005.

FNCPS, Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. **Documento: “contra fatos não há**

argumentos que sustentem as organizações sociais no Brasil. In: BRAVO, Maria Inês; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (orgs.). *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal universal, gratuito e de qualidade*. 1ª edição. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. p-65-72

GOMES, Gustavo França. **A inconstitucionalidade da contrarreforma do SUS e de seus modelos privados de gestão.** In: BRAVO, Maria Inês; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (orgs.). *A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais Contra a Privatização*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014. P. 25-31

GRANEMANN, Sara. **Fundações Estatais: projeto de estado do capital.** In: In: BRAVO, Maria Inês; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (orgs.). *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal universal, gratuito e de qualidade*. 1ª edição. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. P-50-55.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **As Dimensões Ético-Políticas e Teórico-Metodológicas no Serviço Social Contemporâneo.** In: Mota, Ana Elizabete [et al.] (orgs.). *Serviço social e saúde: Formação e Trabalho Profissional*. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2009. P. 161-197

_____, Marilda Vilela. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche: Capital Financeiro, trabalho e questão social.** 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2014.

LARA, Ricardo; LUPATINI, Márcio; Tristão, Ellen Lucy Tristão. **O processo de mundialização do capital e sua forma.** In: Revista HISTEDBR On-line, v.9, n33e, p. 65-91, mai.2009. Disponível em <
<http://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/histedbr/article/view/8639528/7097>> Acesso em 03 de fevereiro de 2017.

LARA, Ricardo; RIBEIRO, Rodrigo Fernandes. **Ofensiva do capital e política social no Brasil contemporâneo.** In: VIII Seminário de Saúde do Trabalhador e VI Seminário “O Trabalho em Debate”. UNESP- Franca/SP, 25 a 27 de setembro de 2012. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sst/n8/28.pdf>. Acesso em: 21 de janeiro de 2017.

KRÜGER, Tânia Regina. **SUS: da perda da radicalidade democrática ao novo desenvolvimentismo.** In: Katálysis. Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 218-226, jul./dez. 2014.

LENIN, Vladimir Ilitch. **Estado e revolução.** 2ª edição. São Paulo, SP: Editora Expressão Popular, 2010.

_____, Vladimir Ilitch. **Imperialismo, estágio superior do capitalismo: ensaio popular.** 1ª edição. São Paulo, SP: Editora Expressão Popular, 2012.

MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **Os Governos do Partido dos Trabalhadores e as Políticas Sociais: “Nada de novo no front”.** In: BRAVO, Maria Inês; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (orgs.). *A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais Contra a Privatização*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014. P. 07-19

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **O Manifesto do Partido Comunista.** Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2011.

MATOS, Maurílio Castro. **Serviço Social, Ética e Saúde: reflexões para o exercício profissional.** São Paulo: Cortez, 2013

MÉSZÁROS, I. Para além do capital: rumo a uma teoria de transição. São Paulo: Boitempo, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 34ª edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

MOTA, Ana Elizabete Mota. **Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento Histórico e Tendências Recentes.**

MOURÃO, Ana Maria A.; et al. **A Formação dos Trabalhadores Sociais no Contexto Neoliberal. O Projeto das Residências em Saúde da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora.** In: Mota, Ana Elizabete [et al.] (orgs). Serviço social e saúde: Formação e Trabalho Profissional. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 352-380.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64. 16ª edição.** São Paulo: Cortez. 2011b.

_____, José Paulo. **A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social.** In: Mota, Ana Elizabete [et al.] (orgs). Serviço social e saúde: Formação e Trabalho Profissional. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 141-160

_____, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx.** 1ª edição. São Paulo, SP: Expressão Popular, 2011a.

_____, José Paulo. **Transformações societária e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil.** In: Serviço Social e sociedade. nº50. São Paulo: Ed. Cortez, abril/1996. p.87-131

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão e crítica.** 1ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

_____, Jairnilson Silva. **O que é SUS?.** 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. **Saúde: promessas e limites da Constituição.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

SAMPAIO JR., Plínio de Arruda. **Desenvolvimentismo e neodesenvolvimentismo: tragédia e farsa.** In: Serviço Social & Sociedade n. 112. São Paulo: Cortez, 2012

SANTOS, Isabela Soares. **A solução para o SUS não é o Brazilcare.** In: RECIIS- Ver. Eletron Comum Inf Inov Saúde. V. 10, n. 3, p. 1-10, jul./set. 2016.

SILVA, José Fernando Siqueira da Silva. **Serviço Social: resistência e emancipação?** 1ª

edição. São Paulo: Cortez, 2013.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social.** In: BRAVO, Maria Inês; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (orgs.). Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais. 2ª edição. São Paulo: Cortez, 2013.

SOUZA DA SILVA, Giselle. **Financeirização do capital, fundo público e políticas sociais em tempos de crise.** In: BRAVO, Maria Inês; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (orgs.). Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal universal, gratuito e de qualidade. 1ª edição. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. p-10-14.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. **Reflexões teóricas sobre democracia e Reforma Sanitária.** In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (org.). Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde.** In: Mota, Ana Elizabete [et al.] (orgs). Serviço social e saúde: Formação e Trabalho Profissional. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 242-272.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A/O Assistente Social na luta de classes: Projeto Profissional e Mediações Teórico-Práticas.** 1ª edição. São Paulo: Cortez, 2015

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social: Cotidiano, formação e alternativas para a saúde.** 7ª edição. São Paulo: Cortez, 2011.

VASCONCELOS, Eduardo. **Serviço Social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental.** In: Revista Serviço Social e Sociedade. Nº 54, ano XVIII. São Paulo: Ed. Cortez, jul./1997. p.132-154.

APÊNDICE A



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Residência Integrada Multidisciplinar em Saúde- RIMS
Residência Multiprofissional em Saúde da Família- REMULTISF

Florianópolis, 08 de junho de 2016.

Às Coordenações dos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde

ASSUNTO: Acesso aos Trabalhos de Conclusão de Residência

Cumprimentando cordialmente, vimos por meio desta solicitar acesso, por meio digital, aos Trabalhos de Conclusão de Residência dos (as) concluintes de Serviço Social desde 2010.

Estes materiais servirão como base para a elaboração de pesquisa cujo o objetivo é conhecer as tendências teórico-políticas em relação ao Sistema Único de Saúde, e do exercício profissional do Assistente Social, que se apresentam nos Trabalhos de Conclusão de Residência produzidos por Assistentes Sociais nos Programas de Residências Multiprofissionais.

Agradecemos desde já a colaboração e ficamos a disposição para maiores informações.

Atenciosamente,

Cassiano Ricardo Rech
Coordenador da Comissão de Residências Multiprofissionais em Saúde
cassiano.rech@ufsc.br

Tânia Regina Krüger
Orientadora
tania.kruger@ufsc.br

Alessandra Nietzsche
Residente da RIMS

Bruna Veiga de Moraes
Residente da REMULTISF
(48) 99773074
brunavdemoraes@gmail.com